

La salud en las Américas

VOLUMEN II

Edición de 1998

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD



La salud en las Américas

Edición de 1998
Volumen II



Publicación Científica No. 569

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

1998

Se publica también en inglés (1998) con el título:
Health in the Americas, 1998 Edition
PAHO Scientific Publication No. 569
ISBN 92 75 11569 9

Catalogación por la Biblioteca de la OPS

Organización Panamericana de la Salud
La salud en las Américas, edición de 1998
Washington, D.C.: OPS, ©1998—2v.
(OPS. Publicación Científica; 569)

ISBN 92 75 31569 8

I. Título. II. (Serie)
1. ESTADO DE SALUD 2. INDICADORES DE SALUD
3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD
4. AMÉRICAS
NLM WB141.4

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Programa de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 1998

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

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

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

CONTENIDO

	Página
<i>Prefacio</i>	v
Anguila	1
Antigua y Barbuda	10
Antillas Neerlandesas	19
Argentina	26
Aruba	49
Bahamas	56
Barbados	78
Belice	91
Bermuda	104
Bolivia	109
Brasil	123
Canadá	146
Chile	166
Colombia	184
Costa Rica	198
Cuba	211
Dominica	226
Ecuador	235
El Salvador	254
Estados Unidos de América	265
Granada	279
Guatemala	289
Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica	298
Guyana	316
Haití	330
Honduras	346
Islas Caimán	359
Islas Turcas y Caicos	369
Islas Vírgenes Británicas	380
Jamaica	388
México	403
Montserrat	419
Nicaragua	423
Panamá	432
Paraguay	442
Perú	455
Puerto Rico	470
República Dominicana	486
Saint Kitts y Nevis	499
San Vicente y las Granadinas	508
Santa Lucía	517
Suriname	530
Trinidad y Tabago	545
Uruguay	559
Venezuela	571

OBSERVACIONES GENERALES

Debido al redondeo, la suma de los detalles y porcentajes parciales de los cuadros puede no coincidir con el total.

Explicación de símbolos:

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

El término “país” también puede aplicarse a territorios y áreas.

PREFACIO

Una de las funciones esenciales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es difundir información sobre la situación de la salud y sus tendencias en la Región de las Américas. Esta función se cumple en forma ininterrumpida desde 1956, año en que se publicó por primera vez una evaluación del estado de salud de la población de las Américas bajo el título de “Resumen de los informes sobre las condiciones sanitarias en las Américas”; este resumen había sido presentado a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Santiago, Chile, en 1954. En 1966, el informe cambió su nombre por el de *Las condiciones de salud en las Américas*, y con este título se siguió publicando cada cuatro años. *La salud en las Américas*, edición correspondiente a 1998 y duodécima publicación de esta serie de informes cuatrienales, da continuidad a este proceso y se presenta a la XXV Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1998.

La salud en las Américas es el principal medio de que dispone la OPS para cumplir con la función de producir, recopilar, analizar y difundir información en el campo de la salud para que sea utilizada por los Gobiernos Miembros. La Organización produce y distribuye otras publicaciones que complementan a la anterior, entre ellas, *Indicadores básicos de salud*, *Estadísticas de salud de las Américas*, el *Boletín Epidemiológico*, los informes sobre la vigilancia y evaluación de salud para todos en el año 2000 y varios documentos técnicos de programas específicos.

Las modificaciones de contenido y forma realizadas a lo largo del tiempo en esta publicación son indicativas del esfuerzo que realiza la OPS para ajustarse a los cambios en el perfil de la salud de las poblaciones, a la mayor complejidad de los sistemas y servicios de salud, al mejoramiento de la calidad y disponibilidad de la información en los países, a las características de la cooperación técnica entre los países y a los adelantos tecnológicos en la producción y procesamiento electrónico de los datos.

Esta edición de *La salud en las Américas* cubre sobre todo el periodo comprendido entre 1993 y 1996 y consta de dos volúmenes. El Volumen I presenta la visión de la OPS sobre los aspectos más relevantes del estado de salud en la población de la Región y analiza las tendencias de la situación de salud y su relación con las condiciones de vida, los principales problemas que afectan a grupos especiales de población, y la manifestación y distribución de enfermedades y otros daños para la salud. Asimismo, examina la respuesta de los sistemas de servicios de salud haciendo hincapié en la reforma del sector y en las actividades de promoción y protección de la salud y control del medio ambiente. En el capítulo final se revisan las tendencias y características de la ayuda financiera regional y las nuevas modalidades de cooperación técnica entre los países. El Volumen II contiene información actualizada sobre la situación y las tendencias sanitarias correspondientes a cada uno de los países y territorios integrantes de la Organización.

Al igual que con las ediciones anteriores de esta publicación, la OPS espera que *La salud en las Américas* cumpla con la función de mantener informados a los Gobiernos Miembros y a la vez sirva como documento de consulta y referencia para los organismos e instituciones nacionales e internacionales y para los investigadores y trabajadores que se desempeñan en el campo de la salud.

La OPS reconoce la creciente importancia de la información para los procesos de toma de decisión, formulación y evaluación de políticas en los países y en el Secretariado, por lo que seguirá brindando cooperación para el fortalecimiento de los métodos, técnicas y procedimientos orientados a generar y difundir información sobre salud. Por último, la OPS es consciente de que las tecnologías modernas de acceso universal a la información, con su consiguiente democratización, representan una oportunidad excepcional para perfeccionar y vigorizar la colaboración entre los países y la Organización a fin de que los pueblos de las Américas logren mejorar la salud con equidad y asegurar un desarrollo humano sostenible.

George A. O. Alleyne
Director

ANGUILA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Anguila, la más septentrional de las Islas de Sotavento, está situada al norte de la isla San Martín y abarca una superficie de 71,3 km². Es una formación caliza de origen coralino, con un terreno ondulado, cuya máxima elevación está a 738 m sobre el nivel del mar. Su clima es tropical y la media anual de precipitaciones es baja, pues oscila entre 510 y 1.270 milímetros.

Como consecuencia del pequeño tamaño de la isla, de su población y de la distribución espacial de la edificación, en Anguila es difícil distinguir los asentamientos urbanos de los rurales. El acceso a los asentamientos más importantes resulta fácil gracias a una red vial que comprende caminos pavimentados y sin pavimentar. Se puede arribar a la isla por mar y aire. Cuenta con dos puertos marítimos a los que llegan los transbordadores de carga y de pasajeros que cubren la ruta San Martín-Anguila.

Su Majestad la Reina Isabel firmó la Ley de Anguila de 1980 en diciembre de ese año; en ella se estipula oficialmente la separación de Anguila de Saint Kitts y Nevis. La isla es una dependencia británica. El Gobernador preside el Consejo Ejecutivo, que está formado por el Primer Ministro, un Gabinete de Ministros y el Vicegobernador. Tanto el Vicegobernador como el Gobernador son representantes del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. El Poder Ejecutivo informa a la Legislatura. Cada cinco años se celebran elecciones generales; el actual gobierno de coalición fue elegido en marzo de 1994.

El Plan Nacional de Desarrollo 1994–1998 fue instituido tras la realización de un análisis de la economía de Anguila, en 1992. La finalidad fundamental del Plan es asegurar un crecimiento económico sostenido y estable y reducir al mínimo los daños ambientales y sociales. Algunos de los objetivos del Plan inciden en el sector salud pues, entre otras cosas, se proyecta aumentar los ingresos fiscales regulares en 4,5%

por año, mantener el crecimiento anual del gasto corriente en 2% anual, invertir EC\$ 22,2 millones en el sector público y promover el desarrollo de los recursos humanos mediante la expansión de la infraestructura de educación, salud y otros sectores, en armonía con el crecimiento demográfico y las necesidades de la economía.

Aunque la tasa de crecimiento anual de la economía de Anguila tuvo un promedio de 7,2% (en precios constantes) desde 1992 hasta 1994, en 1995 resultó negativa en 4,4% como resultado de los daños causados por el huracán Luis en septiembre de ese año. En precios constantes de 1990, el producto interno bruto (PIB) de ese año fue de US\$ 52,4 millones de dólares, en comparación con \$54,8 millones en 1994. Los hoteles y restaurantes, la agricultura y los transportes fueron los sectores que sufrieron las mayores pérdidas en 1995. A la inversa, el comercio mayorista y minorista, la explotación de minas y canteras y la construcción registraron un significativo crecimiento, pues sacaron provecho de la reconstrucción y la reorganización posteriores al huracán. Medido en precios constantes de 1990, el PIB per cápita registró un crecimiento constante de \$5.128 en 1992 a \$5.517 en 1994, aunque sufrió un descenso a \$5.085 en 1995.

El turismo es el pilar de la economía y la política gubernamental fomenta las inversiones en grandes proyectos de infraestructura turística. De conformidad con el censo de 1992, este sector empleaba entonces 21% de la fuerza de trabajo. Está en desarrollo el sector de servicios financieros extraterritoriales como mecanismo para fortalecer y diversificar la base de la economía en su conjunto y en 1995 fue promulgada la nueva legislación para este sector. Por otra parte, en Anguila no se cobran impuestos directos a las personas físicas ni a las empresas, y tampoco se controla el cambio de divisas.

El censo de 1992 registró una tasa de desempleo de 7%. Con respecto al empleo, la relación hombre/mujer era ese año de 1,2:1, lo que entrañó un cambio con respecto a la relación de 1,8:1 en 1984. El mayor número de mujeres empleadas se vincula con el crecimiento del sector del turismo y con las

CUADRO 1
Población de Anguila por grupos de edad y sexo (resultados del censo de 1992).

Grupo de edad	Total		Hombres		Mujeres	
	No.	%	No.	%	No.	%
Todas las edades	8.960	100,0	4.473	49,9	4.487	50,1
0-4 años	986	11,0	494	5,5	492	5,5
5-14 años	1.749	19,5	867	9,7	882	9,8
15-24 años	1.558	17,4	796	8,9	762	8,5
25-34 años	1.668	18,6	848	9,5	820	9,2
35-44 años	1.098	12,3	560	6,3	538	6,0
45-54 años	610	6,8	317	3,5	293	3,3
55-64 años	480	5,4	229	2,6	251	2,8
65 años y más	811	9,0	362	4,0	449	5,0

mayores oportunidades que les brinda el sector de servicios. La distribución de la fuerza de trabajo por grupo de ocupaciones en 1992 era: 32,3% en la producción, la construcción y el transporte, 25,1% en el sector de servicios, 20,6% en trabajos de oficina y ventas, 12,5% en actividades profesionales y técnicas, 5,6% en la agricultura, 3,0% en la administración y dirección, y 0,8% en tareas no especificadas. La declinación de la actividad económica, en particular en el sector del turismo después del huracán Luis de 1995, trajo aparejada una contracción del empleo, especialmente para la mujer.

Según el censo de 1992, el país contaba con 2.619 unidades de vivienda. Sin embargo, un estudio realizado por el Departamento de Tierras y Agrimensura en el mismo año comprobó que había 4.048 viviendas. Esta manifiesta discrepancia se debe a que en el censo fueron registradas únicamente las viviendas ocupadas. Durante el período 1992-1995 aumentó la disponibilidad de viviendas y la construcción especulativa de inmuebles para alquilar. El estudio del Departamento de Tierras y Agrimensura señala que 91% de las casas están "construidas con hormigón" y que 42% están en buenas condiciones estructurales. En el momento de realizarse el estudio, 14% de las viviendas estaban en construcción.

Sesenta y cuatro por ciento de las familias tienen teléfono instalado, 75% están conectadas a los servicios de electricidad y alcantarillado y 90% disponen de conexiones domiciliarias de agua. La mayoría de las familias tienen acceso a la radio y la televisión. La ocupación media es de tres personas por vivienda.

El territorio de 71,3 km² de Anguila se divide en 7.394 parcelas, de las cuales 66% tienen un tamaño inferior a 40 m². Aproximadamente 95% del suelo es de propiedad privada y está compuesto por pequeños lotes familiares.

La educación es obligatoria hasta los 15 años de edad. El

número de escuelas primarias y colegios secundarios ha permanecido constante durante el período que se examina. Las escuelas primarias están distribuidas por toda la isla; hay un colegio secundario en The Valley. Se proporciona transporte a los estudiantes hasta su colegio secundario. No se practican reconocimientos médicos colectivos antes del ingreso en los institutos de enseñanza media.

Durante el período 1992-1995 la matrícula estudiantil en las escuelas primarias fluctuó entre 1.370 en 1992 y 1.484 en 1995. En este nivel de instrucción, la relación maestro/estudiante era de 1:20. La matrícula en los colegios secundarios fue de 840 en 1992 y 962 en 1995. Las niñas representaron 51% de los alumnos de las escuelas primarias y 54% del total de matriculados. Las becas y los créditos oficiales que ofrece la Junta para el Desarrollo de Anguila facilitan el acceso a la enseñanza terciaria.

Más de 80% de la fuerza de trabajo recibió educación secundaria; otro 6% asistió a colegios técnicos y 7,6% recibió educación universitaria. La tasa de alfabetismo entre los adultos es de 92% (1994), sin que se haya notificado una tasa diferencial en función del sexo.

La población estimada en 1995 fue de 10.302 habitantes. En el último censo, llevado a cabo en 1992, se estableció que la población era de 8.960 habitantes, de los cuales 49,9% eran hombres. La tasa anual de crecimiento demográfico ha sido en promedio de 1%. La tasa media de crecimiento vegetativo fue de 11,4 por año durante el último decenio (1986-1995).

El Cuadro 1 muestra los resultados del censo de población de 1992 desglosados por grupos de edad y sexo. De conformidad con la Oficina de Estadística del Ministerio de Finanzas de Anguila, se estima que la población total era de 9.248 habitantes en 1993, 9.926 en 1994 y 10.302 en 1995. La densidad de la población es de 106 personas por km².

La tasa bruta de natalidad, que fue de 16,7 por 1.000 durante el período 1992–1995, ha disminuido en ese cuatrienio: se registraron 141 nacidos vivos en 1992, 171 en 1993, 163 en 1994 y 167 en 1995. También descendió el porcentaje de nacimientos correspondientes a madres adolescentes. Diecinueve de los 141 nacidos vivos en 1992 y 18 de los 163 nacidos vivos en 1994 correspondieron a madres adolescentes. La tasa general de fecundidad en 1995 fue de 74,2 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad.

Se ha producido una creciente inmigración en Anguila, especialmente desde las islas vecinas del Caribe. Conforme al censo de 1992, las personas que no eran naturales de Anguila representaban 16% de la población y su distribución por sexo era equilibrada. En su mayoría, estas personas estaban en edad de trabajar o eran niños. No se ha observado una tendencia significativa de la migración hacia las ciudades.

Mortalidad

En el período 1992–1995 se notificaron 237 defunciones (124 mujeres y 113 hombres). El número de defunciones por año fue de 68 en 1992, 63 en 1993, 52 en 1994 y 54 en 1995. Durante ese cuatrienio, 64,6% de las defunciones se produjeron en el grupo de 70 años y más (153 defunciones), 12,7% en el de 60 a 69 años (30 defunciones), 11,6% en el de 40 a 59 años (25 defunciones), 4,2% en el de 20 a 39 años (10 defunciones) y 5,1% en el de los menores de 1 año (12 defunciones). Se registraron siete defunciones en el grupo de 1 a 19 años de edad.

La tasa de mortalidad infantil en el período 1992–1995 fue de 18,7 por 1.000 nacidos vivos. Hubo 12 defunciones de niños lactantes durante el cuatrienio: cuatro en 1992, dos en 1993, una en 1994 y cinco en 1995. La mayoría de las defunciones de niños lactantes se produjo en el período neonatal. Durante el cuatrienio 1992–1995 fueron notificados 671 partos y 8 mortinatos. En todo el período 1992–1995 hubo una sola defunción materna. En el Cuadro 2 se presenta un resumen de la mortalidad por causas durante ese cuatrienio.

Entre las defunciones provocadas por enfermedades transmisibles, la septicemia fue la causa de muerte más común (44%). No se notificó ninguna muerte por tuberculosis. Entre las defunciones provocadas por neoplasias, 14% fueron causadas por cáncer de estómago. En la categoría de enfermedades del sistema circulatorio, las caracterizadas como cerebrovasculares fueron la causa predominante de muerte (34,7%), seguidas por la cardiopatía isquémica (21,3%) y la enfermedad hipertensiva (14,6%). La hipoxia y la asfixia al nacer fueron las causas de muerte más comunes por afecciones originadas en el período perinatal (67%). De las muertes correspondientes a la categoría “causas externas”, una se debió a un accidente de vehículo de motor y otra a un homicidio.

CUADRO 2
Mortalidad por causas en Anguila, 1992–1995.

Grupo de causas	Defunciones	Porcentajes
Total de muertes por cualquier causa	237	100,0
Afecciones mal definidas	54	22,8
Total de muertes por afecciones definidas	183	100,0
Enfermedades transmisibles	27	14,8
Neoplasias	36	19,7
Enfermedades del sistema circulatorio	75	41,0
Afecciones originadas en el período perinatal	9	4,9
Causas externas	7	3,8
Todas las demás enfermedades	29	15,8

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud perinatal y del niño

Estos datos no son completos porque gran parte de la población de Anguila recurre a los servicios de salud de las islas vecinas.

Durante el período 1992–1995 se notificaron nueve defunciones neonatales y 16 perinatales. Un análisis de estas últimas reveló que 67% se produjo por asfixia e hipoxia durante el período neonatal. En 1992–1995 se notificaron 12 defunciones de niños menores de 1 año.

Entre 1992 y 1995 76 niños tenían bajo peso al nacer. Durante ese período se notificaron tres defunciones en el grupo de 1 a 4 años de edad.

Las infecciones respiratorias agudas son la causa principal de morbilidad en este grupo de edad. No se ha notificado que la gastroenteritis fuera un problema grave. En general, los casos son tratados en los dispensarios por las enfermeras de distrito que utilizan sales de rehidratación oral y los envían a otro nivel de atención, si procede. No hay un programa definido de prevención y control de las enfermedades diarreicas.

En los dispensarios distritales se vigila el crecimiento de todos los niños menores de 5 años. En 1997 se llevó a cabo un estudio descriptivo informal en el que se examinó una muestra de lactantes registrados y controlados en la Clínica The Valley. Los resultados indican que la obesidad (estimada en 10%), empieza a manifestarse como problema en este grupo. La lactancia natural está disminuyendo: se observó que solo 3% de los niños eran amamantados a los 3 meses de edad y que 50% “comían de la olla familiar” a los 6 meses.

Durante el período 1992–1996 la cobertura de inmunización con las vacunas BCG, MMR, antipoliomielítica y DPT fue

de 100%. Aunque en 1995 se investigaron dos casos sospechosos de parálisis flácida, no se confirmó que fuera de poliomielitis. Todas las mujeres embarazadas son vacunadas contra el tétanos.

El servicio de salud escolar efectúa un reconocimiento sistemático, que comprende exámenes médicos generales, bucodentales, de audición y de visión, a los niños de 5 a 9 años. Aunque no hay un servicio organizado de envío de pacientes con problemas de visión, un especialista visitante ofrece servicios limitados. Se notificaron infecciones por helmintos en 4% de los niños de 5 a 6 años.

La salud del adolescente

El número de nacimientos correspondientes a madres adolescentes está disminuyendo. Durante el período 1992–1995, los nacidos de madres menores de 19 años representaron, en promedio, 13,5% del total de nacimientos. Los servicios de planificación familiar están al alcance de los adolescentes y en las escuelas se ha puesto en marcha un programa de educación para la vida en familia, que incluye la orientación entre pares y la capacitación en habilidades prácticas. No hay otros servicios de salud oficialmente establecidos para este grupo de edad.

Se ha derivado al Departamento de Bienestar Social un número creciente de casos de maltrato de niños menores de 16 años. Entre 1991 y 1994 hubo 122 casos, en comparación con los 51 casos del período 1987–1990. La mayoría de los casos fueron de mujeres.

La salud del adulto

Las parteras y el obstetra-ginecólogo residente de los dispensarios distritales proporcionan atención de salud prenatal. Aproximadamente 80% de las mujeres embarazadas que se atienden en consultorios prenatales los visitan por primera vez antes de la decimosexta semana de embarazo. Se distribuyen sistemáticamente suplementos de hierro, ácido fólico y vitaminas. Como consecuencia de la revisión de los informes de laboratorio sobre las estimaciones de hemoglobina de las embarazadas durante el período comprendido entre enero y junio de 1995, se puso de relieve que 15,6% de estas mujeres presentaban niveles de hemoglobina inferiores a 11 g/dl.

El envío de casos prenatales al hospital por complicaciones del embarazo y otras razones médicas comprendió 43% de la asistencia clínica prenatal en 1993, 57% en 1994 y 55% en 1995. Virtualmente todos los partos (>99%) se realizan en el hospital y son practicados por personal competente de salud. No se llevan a cabo partos en el hogar. Durante el período 1992–1995, entre 20% y 23% de los partos fueron efectuados

por operación cesárea, pero no se puede deducir una razón especial que explique tan elevado porcentaje a partir de los datos disponibles. No existen datos sobre los abortos.

La atención inmediatamente posterior al parto comienza en el hospital y continúa con las visitas domiciliarias de las parteras distritales. En esta área es preciso reforzar los lazos de comunicación entre el hospital y los distritos.

Los servicios de planificación familiar se prestan en los centros de salud. Los usuarios registrados totalizaron 560 en 1993, 747 en 1994 y 601 en 1995. Aunque los nuevos usuarios constituyeron entre 10% y 15% del total, se ha notificado una disminución de su número (83 en 1993, 86 en 1994 y 63 en 1995). En 1995, 54% de los usuarios recurrían a anticonceptivos orales y 31% a anticonceptivos inyectables. No hay constancia de inserciones de dispositivos intrauterinos entre 1993 y 1995.

Tanto en el sector privado como en el público se realizan pruebas de Papanicolaou. La cobertura es baja y los exámenes llevados a cabo fueron 279 en 1993, 189 en 1994 y 261 en 1995. De ellos, se notificaron anomalías en 53%, 68% y 47% de las muestras de 1993, 1994 y 1995, respectivamente. Se descubrieron 2 casos de cáncer en 1993 y 1994 (uno in situ estadio I y otro in situ estadio II) y 19 en 1995. Durante el período 1992–1995 se notificaron tres defunciones por cáncer de cuello del útero.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente la diabetes y la hipertensión, contribuyen de manera significativa a la morbilidad y la mortalidad en este grupo.

La salud del adulto mayor

Las personas ancianas (60 años y más) constituyen 12% de la población total, de conformidad con lo que señala el informe del censo de 1992. Las mujeres constituyen 55% de este grupo de edad. Aunque la mayoría de las personas ancianas vive en sus casas con la familia ampliada, son cada vez más las que viven solas. Los prestadores de atención de salud, principalmente las enfermeras, efectúan visitas periódicas a las casas de las personas de edad avanzada que deben permanecer en su hogar, para realizar controles de rutina y prestarles atención médica: las visitas anuales realizadas entre 1993 y 1995 sumaron 329 en promedio.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son las causas que más contribuyen a la mortalidad y morbilidad de este grupo de edad. En 1995, 70% y 57% de las personas que ingresaron en el hospital por diabetes e hipertensión, respectivamente, tenían más de 60 años. Entre otros problemas, el aislamiento social, la falta de instalaciones donde sus integrantes puedan trabajar o realizar actividades de esparcimiento y sus discapacidades influyen en la atención de este grupo de edad.

La salud de la familia

El censo de 1992 puso de manifiesto que 25% de los hogares albergaban a personas solas, 42% a familias nucleares, 12% a familias ampliadas y 2% a familias complejas.

Los datos estadísticos compilados por el Departamento de Bienestar Social indican que durante el período 1991–1994 los casos notificados en que se prestó ayuda a niños llegaron a un promedio de 133 por año; siempre en promedio, se registraron 31 casos de maltrato infantil, 9 que tenían que ver con el divorcio de los padres, 69 que estaban relacionados con disputas domésticas y 72 que tenían vinculación con la delincuencia juvenil.

Los miembros de la familia tienen acceso a servicios de salud públicos y privados. Los servicios de salud pública de nivel primario y secundario resultan muy accesibles y comprenden la atención maternoinfantil y la asistencia médica general. Por intermedio del Departamento de Bienestar Social, los familiares pueden pedir que se los exima del pago de los cargos nominales que cobra el hospital.

La salud de los trabajadores

No hay un programa que se ocupe específicamente de la salud ocupacional. Tanto el Departamento de Saneamiento Ambiental como la División del Trabajo proponen que se establezcan actividades de vigilancia y promoción en esta esfera.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. Durante el período 1992–1995 no se notificó en la isla ningún caso de malaria ni de fiebre amarilla. Aunque en Anguila se registran casos de dengue, no se ha sabido de ningún caso de dengue hemorrágico. Si bien el mosquito *Aedes aegypti* es muy prevalente en la isla, no se dispone de una estimación confiable del índice domiciliario o del de Breteau.

Enfermedades inmunoprevenibles. No se notificaron casos confirmados de poliomielitis, tétanos, sarampión, tuberculosis, rubéola o difteria entre 1992 y 1996.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas causan una morbilidad apreciable en niños y adultos. En 1995 se atribuyeron a este tipo de infecciones ocho defunciones, principalmente en el grupo de edad de 65 años y más.

Enfermedades de transmisión sexual. Aunque estas enfermedades son prevalentes, se carece de datos porque muchas personas van a San Martín en busca de tratamiento. Las pruebas de Papanicolaou realizadas entre 1993 y 1995 indicaron la presencia de enfermedades de transmisión sexual. En el período 1993–1995 hubo 312 donantes de sangre, todos los cuales se sometieron a pruebas de detección; ninguno resultó positivo para el VIH o la sífilis pero nueve fueron positivos para la hepatitis B (prevalencia de 3%).

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. La obesidad, particularmente la de las mujeres y los niños, se cita como uno de los principales problemas de salud en Anguila. Esto se relaciona con la falta de actividad física y el consumo excesivo de alimentos procesados o refinados. La mayor parte de los alimentos que se consumen en Anguila son importados.

En 1996 se encontró anemia en alrededor de 22% de los niños de 5 y 6 años y en alrededor de 7% de los niños de 11 años. En 1992 eran anémicas aproximadamente 14% de las mujeres.

Accidentes y violencia. Los datos sobre accidentes y violencia son insuficientes, al igual que los relativos a la morbilidad provocada por la violencia doméstica. Entre 1992 y 1995 se notificaron dos muertes causadas por accidentes y una por violencia. En las estadísticas policiales correspondientes al período 1992–1994 se registraron 24 casos notificados de violación y atentado contra el pudor, 3 casos de asesinato y homicidio culposo y 76 casos de lesiones y heridas graves. Estas cifras muestran un moderado ascenso en comparación con el período 1989–1991.

Salud oral. El reconocimiento y el tratamiento odontológicos se realizan en la Clínica Dental. La relación de las extracciones con respecto a las obturaciones de piezas dentarias, si bien va en descenso, es de alrededor de 1:2, un nivel inaceptablemente alto. En los últimos cinco años no se ha llevado a cabo ningún estudio epidemiológico dental y, por lo tanto, no se lleva la cuenta de los dientes cariados, perdidos u obturados. El número de visitas a los consultorios odontológicos aumentó constantemente de 5.670 en 1992 a 6.156 en 1993 y 6.564 en 1994. Las visitas bajaron a 6.009 en 1995. Las extracciones de piezas dentarias también han disminuido constantemente durante este período, pues pasaron de 2.526 en 1992 a 1.788 en 1993, 1.614 en 1994 y 1.508 en 1995. No se observa una tendencia clara en relación con el número de obturaciones: fueron 2.347 en 1992, 3.733 en 1993, 2.935 en 1994 y 3.323 en 1995.

Desastres naturales. Anguila está situada en la zona de tormentas tropicales y en riesgo de padecer huracanes y olas ciclónicas. En septiembre de 1995, la infraestructura de la isla resultó dañada por el huracán Luis, que produjo efectos negativos en las más importantes fuentes de la renta nacional y personal. Quedaron dañadas 35% de las viviendas y los daños directos que sufrieron la infraestructura, los equipos y los suministros del sector salud ascendieron a un total de US\$ 218.000.

En el ámbito nacional hay un plan para casos de desastres y un comité de socorro de emergencia que coordina las correspondientes actividades de mitigación y de respuesta. Es necesario instituir planes operacionales a nivel de poblaciones y de distritos.

Factores de riesgo. Existen indicios de degradación del medio ambiente costero y marino como consecuencia de la contaminación provocada por la descarga del alcantarillado de los hoteles y restaurantes y de las aguas servidas y el petróleo de los yates y barcos visitantes. No se ha puesto en marcha ningún programa de vigilancia de la contaminación costera.

En Anguila no hay ríos y una parte considerable del abastecimiento de agua proviene de pozos. El agua subterránea corre riesgo de contaminación como consecuencia de las descargas directas de efluentes, productos químicos y plaguicidas en zonas cercanas al acuífero, la intrusión de agua salada y la eliminación sin control de los desechos sólidos. El Departamento de Saneamiento Ambiental no controla la calidad del agua.

En Anguila las fosas sépticas constituyen el método más común de eliminación de desechos líquidos y es utilizado en 81% de las viviendas. A menudo, un mal diseño trae aparejados un funcionamiento defectuoso y la liberación de efluentes tratados parcialmente al sistema de aguas subterráneas del cual se extrae el agua para el abastecimiento público. El Departamento de Saneamiento Ambiental carece de competencia técnica para controlar regularmente los efluentes de las plantas depuradoras mixtas.

La elevada prevalencia del mosquito *Aedes aegypti*, que se reproduce en el agua de las cisternas y de las cavidades de las rocas, plantea una amenaza constante de brotes de dengue y dengue hemorrágico. No se dispone de ninguna estimación del índice de *Aedes aegypti*.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En septiembre de 1995, el Ministerio de Previsión Social trazó los criterios y prioridades básicos para la promoción de la salud. El propósito declarado de la política de salud del Estado es proporcionar a la población servicios de atención primaria y

secundaria de salud de alta calidad y accesibles, y disponer el traslado al extranjero de los pacientes que lo requieran, a fin de mantener y fomentar la salud y de respaldar el continuo bienestar socioeconómico de los habitantes de Anguila.

La política sanitaria propugna la asociación de los prestadores privados y públicos de atención de salud. Entre las principales prioridades del Gobierno está el mejoramiento de las siguientes áreas: atención de calidad, rendimiento de los servicios de saneamiento ambiental, acceso a la atención de salud, y alcance, accesibilidad y rendimiento de los servicios de atención primaria de salud. La política oficial promueve la buena salud física y mental y el aumento de la eficiencia y la eficacia en función de los costos de los servicios.

En la declaración de principios se reconoció que el logro de estas prioridades depende del mejoramiento del comportamiento de los sectores privado y público con servicios más orientados hacia el consumidor, una mejor gestión, el aumento de la colaboración entre los sectores público y privado, y un enfoque más proactivo de la planificación.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El Ministerio de Previsión Social está a cargo de la administración de los servicios de salud. El Director de los Servicios de Salud tiene la responsabilidad de que todos los departamentos funcionen eficazmente y delega parte de sus funciones en el Oficial Médico Principal del Hospital, el Director de Atención Primaria de Salud, el Administrador de Servicios de Salud y el Oficial Principal de Enfermería. Recientemente fue creado el cargo de Coordinador de Atención Primaria de Salud.

En 1995, el Consejo Ejecutivo aprobó una nueva estructura de gestión de los servicios de salud, en la que se utilizan cuatro equipos; el objetivo de la reforma fue mejorar la gestión de la atención de salud de manera que fuera expeditiva. Los cuatro equipos se describen a continuación.

El equipo encargado de la estrategia de los servicios de salud es responsable ante el Ministerio de Previsión Social de la planificación de la salud, el asesoramiento en cuestiones normativas, el análisis financiero y presupuestario y el control de la calidad, tanto en el sector público como en el privado. Este grupo está compuesto, entre otros, por funcionarios superiores técnicos y administrativos y por un representante del Ministerio de Hacienda.

El equipo de personal directivo es responsable de la administración general y de la coordinación de los servicios de salud prestados por el sector público. Lo preside el Director de Servicios de Salud y lo integran los jefes técnicos superiores de los distintos departamentos.

Los equipos encargados de la administración de atención primaria de salud y de la administración de hospitales son responsables de la gestión cotidiana de los servicios de sus respectivos departamentos. Un departamento de atención primaria de salud supervisa la prestación de los servicios comunitarios.

En Anguila, el sector privado de salud es pequeño y se limita a ofrecer atención primaria y asistencia terciaria selectiva. La población de Anguila se desplaza a menudo a Saint Kitts, Puerto Rico, San Martín y otros sitios en busca de servicios médicos, incluso cuando dispone de ellos en Anguila. El Gobierno se propone fortalecer el sector privado mediante un mayor intercambio de servicios e información y la capacitación conjunta. Con la ampliación de las funciones del sector privado, el Gobierno pretende retener una parte de los escasos fondos privados y públicos que se gastan en el exterior.

El Consejo Médico certifica y supervisa las prácticas médicas. No hay un mecanismo que regule las actividades de los demás profesionales de la salud.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud y participación comunitaria. Se ha reconocido que la participación comunitaria es un componente esencial del enfoque desde el cual Anguila aborda la atención primaria de salud. El Departamento de Atención Primaria de Salud trabaja para que las comunidades sean capaces de adoptar las decisiones que afectan a su propia salud. Se han formado comités en pro de la salud en dos distritos sanitarios. Si bien en la actualidad no hay una estructura oficial en apoyo de la colaboración intersectorial, se han establecido diversos programas intersectoriales oficiosos que comprenden programas de control del agua y gestión de desechos sólidos, una unidad odontológica móvil y una comisión coordinadora de los sectores de la salud y la educación.

Dos educadores en salud dictan programas de enseñanza enfocados hacia la promoción de la salud y el bienestar, hacen hincapié en la modificación de los comportamientos y de los modos de vida y tienen como destinatarios a los niños de edad escolar, los adultos jóvenes y los grupos de la comunidad. Se han constituido alianzas con los medios de comunicación social y un programa de radio semanal difunde información relativa a la salud.

Vigilancia epidemiológica. En 1995 fue designado un epidemiólogo. Se está mejorando el sistema de información con base en el Sistema de Información sobre la Salud de la Comunidad y los proyectos de ajuste del sector salud. El objetivo del sistema es mejorar los métodos de registro y propor-

cionar información más oportuna y apropiada para el control de la calidad, la epidemiología, la gestión de los recursos y la planificación.

El Departamento de Saneamiento Ambiental se encarga de la gestión de los desechos en general y de los desechos líquidos en particular, la higiene alimentaria, la lucha antivectorial, el control del agua potable, el saneamiento ambiental, la limpieza de las playas y cunetas de las carreteras, la higiene de la construcción, la salud ocupacional y la seguridad en el trabajo, y la provisión de servicios de saneamiento de bajo costo. El departamento ve muy restringida su labor porque los recursos humanos son insuficientes y con una formación limitada, y porque se carece de tecnología.

El Departamento sigue siendo responsable de la recolección de la basura de las instituciones oficiales, los caminos públicos y las playas. Los desechos sólidos domésticos son recolectados dos veces por semana, gratuitamente. No se prevé la remoción de escombros de la construcción, artefactos viejos o vehículos abandonados. Los hoteles y otros establecimientos comerciales deben coordinar sus propios servicios para recoger sus desechos. Se estima que se eliminan 12 toneladas diarias de basura en el vertedero de 4 hectáreas, donde los desechos se disponen en zanjas excavadas previamente que después se cubren con tierra de relleno.

El abastecimiento de agua potable comprende el agua de lluvia recogida en cisternas, la extracción de agua subterránea de pozos y el tratamiento del agua salada por ósmosis inversa: 41% de las viviendas obtienen el agua de la lluvia y la recogen en cisternas y 32% disponen, además de las cisternas, de agua corriente de fuentes privadas. Todas las viviendas tienen acceso al agua corriente en su interior o en el patio. Los dos acuíferos principales que abastecen de agua están situados en The Valley y contienen 70% de los recursos de aguas subterráneas de la isla. Más de 70% de la demanda local es satisfecha por el sistema público de agua, cuya producción diaria promedio es de 1.078.725 litros; 28% de la viviendas reciben agua de lluvia recolectada en cisternas. Se supone que el sector comercial (restaurantes, bares, tiendas y algunos hoteles) es el principal consumidor del agua del sistema público. El Estado recibió fondos oficiales del Reino Unido y la Unión Europea para financiar un proyecto de desarrollo del sector de agua potable que comprende nuevas instalaciones de depósito y distribución y el perfeccionamiento del sistema de extracción.

La Dirección del Agua de Anguila se encarga de la planificación, construcción, funcionamiento y mantenimiento de las plantas de abastecimiento de agua. El tratamiento y el análisis de las aguas subterráneas son obligaciones de esa Dirección, en tanto que el Departamento de Saneamiento Ambiental realiza la inspección y el tratamiento de las cisternas. Este Departamento no supervisa la calidad del agua y la vigilancia de la Dirección del Agua no es continua.

En Anguila no hay un sistema de alcantarillado. Todas las aguas residuales o servidas se tratan y eliminan in situ por medio de fosas sépticas (81% de las viviendas), pozos de infiltración, letrinas de pozos (13%) y plantas depuradoras mixtas, que usan fundamentalmente los hoteles, ciertos establecimientos comerciales y las instituciones oficiales.

Se vigilan las condiciones ambientales en las escuelas, los centros de salud y los edificios públicos, y en todos estos recintos se llevan a cabo, como rutina, actividades de lucha antivectorial.

El Reglamento de Higiene de los Alimentos (1978), faculta al Departamento de Salud a efectuar inspecciones periódicas de los locales donde se venden comestibles, bebidas y otras mercaderías. El programa que atañe a la manipulación de los alimentos comprende el examen, la certificación y el registro de todas las personas que los manipulan y de los lugares donde trabajan. La educación de estas personas es parte integral del programa. En 1996 figuraban registrados 180 establecimientos de comida y 500 personas que manipulaban alimentos.

Las actividades de lucha antivectorial se concentran en el control del mosquito *Aedes aegypti* y de los roedores. En el programa nacional de lucha contra *Aedes aegypti* se utiliza un enfoque de tipo comunitario. Entre otras cosas, el programa se encarga de poblar de peces larvicidas tanto las cisternas como los sitios donde se almacena el agua, realizar inspecciones domiciliarias y tratar el agua. Los mosquitos se reproducen en cantidades considerables en el medio ambiente. El control de los roedores ya está en marcha y se ponen cebos en los sitios donde hay alimentos, en las escuelas y en las instituciones oficiales. Los venenos para roedores son de venta pública.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

El sistema de prestación de atención de salud está formado por un sector público y otro privado. Los servicios del sector privado incluyen la atención primaria y la secundaria. El sector público presta servicios de atención primaria por conducto de cinco centros de salud distritales. Se brinda atención secundaria en el Hospital Princess Alexandra, una institución nueva con 36 camas. Los servicios de hospital comprenden tratamiento de urgencia, atención ambulatoria e internación de casos quirúrgicos, clínicos, pediátricos, ginecológicos y obstétricos, diagnóstico de laboratorio y radiológico, y farmacia. Una enfermera o un médico envía a los pacientes de atención primaria a los servicios especializados de hospital.

Para los efectos de la prestación de atención primaria, la isla se ha dividido en cinco distritos sanitarios con límites bien definidos, cada uno de los cuales cuenta con un centro de salud. Se han distinguido dos niveles de atención: el III y el

II. El nivel III comprende los cuatro dispensarios más pequeños, cuyo personal está formado por una enfermera de salud pública, un auxiliar clínico y un oficial de salud ambiental. Estos dispensarios proporcionan servicios esenciales básicos de salud materno-infantil, planificación familiar, inmunización, asesoramiento en nutrición, asistencia ambulatoria básica ofrecida dos veces por semana, atención de las personas de edad avanzada, tratamiento de enfermedades crónicas, educación para la salud y saneamiento ambiental. Se brinda atención de nivel II en la clínica The Valley, que hace las veces de centro de envío para el nivel III y ofrece servicios diarios de consultorio y de atención primaria para el sector definido de la población que capta. Prestan su apoyo un nutricionista, un educador en salud, un farmacéutico y un médico distrital procedentes del nivel III. Los envíos se efectúan del nivel II al hospital. Con excepción de los casos de madres puérperas, no hay un mecanismo sistemático para devolver a los pacientes del hospital al nivel de atención primaria.

Los servicios públicos de odontología se encuentran en la sede central de The Valley y son complementados por una unidad móvil que brinda atención a las escuelas primarias. Dos cirujanos dentales, tres auxiliares de odontología y dos ayudantes dentales constituyen el personal de este servicio.

Un centro de atención geriátrica con 10 camas presta asistencia institucional a las personas de edad avanzada.

Una enfermera especializada en psiquiatría proporciona servicios comunitarios de salud mental y se encarga de la atención de mantenimiento de todos los enfermos mentales. Un psiquiatra visitante complementa estos servicios con un examen para hacer el diagnóstico y prescribir el tratamiento. Los casos de urgencia pueden ser enviados a un médico de distrito. No hay un servicio de salud mental. Los casos violentos quedan detenidos en la Prisión de Su Majestad y los pacientes que necesitan asistencia hospitalaria especializada pueden ser enviados a las islas caribeñas vecinas, por cuenta del Estado.

La isla no dispone de servicios de atención terciaria, los que se buscan en el Reino Unido, San Martín, Puerto Rico y otras islas del Caribe.

Insumos para la salud

Anguila se ha convertido en miembro activo del Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental, un sistema regional de compras de productos farmacéuticos y suministros médicos. Este Servicio también presta apoyo en las esferas de control y organización del inventario. La situación ha mejorado mucho como resultado de su cooperación. Antes de que esta se produjera, el servicio de medicamentos se caracterizaba por sus elevados costos, las frecuentes situaciones de escasez, las

grandes cantidades de fármacos vencidos y un precario control del inventario.

No hay un formulario nacional y las compras se realizan utilizando como guía el Formulario del Caribe Oriental. Tampoco hay una lista específica de medicamentos esenciales.

Las vacunas se obtienen del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). El control del inventario es bueno y se mantiene un servicio confiable.

El gasto en medicamentos se ha mantenido constante en el período 1992–1995. En este cuatrienio se gastó un total de US\$ 658.145. Durante su transcurso, el mayor gasto anual se efectuó en 1993 por \$168.552.

Recursos humanos

En Anguila no hay instituciones en las que se puedan capacitar los funcionarios de salud. Con arreglo a las necesidades de dotación de personal, los funcionarios son enviados a diversas islas del Caribe, al Reino Unido o a los Estados Unidos de América. Son cada vez más los talleres locales de capacitación que se organizan, particularmente en relación con la atención primaria de salud. La política del Estado consiste en brindar apoyo para que se capacite al personal de salud de los sectores público y privado y en fomentar la participación del sector privado en todas las actividades de capacitación organizadas a nivel local.

En 1995 había 9 médicos, 37 enfermeras diplomadas, dos dentistas, cuatro farmacéuticos, dos auxiliares de odontología, tres técnicos de laboratorio, dos técnicos en rayos X, cuatro especialistas en saneamiento ambiental, un nutricionista y tres educadores en salud. Se ha capacitado a nuevas categorías de trabajadores de la salud para mejorar la prestación de servicios de atención primaria en las esferas de nutrición y dietética, información sobre salud, epidemiología, saneamiento ambiental y enfermería de salud pública. El personal de enfermería fue redistribuido en el sector de atención primaria para ampliar la cobertura en la isla.

Gasto y financiamiento sectorial

El Estado es el principal prestador de servicios de salud en Anguila. En 1995 el gasto ordinario en salud ascendió a 18% del gasto público total, lo cual lo colocó en segundo lugar después del gasto en educación, y representó 4,5% del PIB. La recaudación de los pagos directos que realizan los usuarios por servicios de odontología, hospitalización y farmacia representa aproximadamente 12% de la totalidad de los gastos ordinarios en salud. Se subsidia alrededor de 90% del costo de los servicios de salud eximiendo a los usuarios del pago de tarifas y honorarios poco realistas.

Se desconoce el nivel del gasto privado. Sin embargo, se estima que en 1993 la población gastó como mínimo US\$ 1,48 millones en honorarios de médicos particulares o para recibir tratamiento fuera de la isla.

La decisión de reestructurar el proceso de atención de salud, adoptada por el país en 1995, trajo aparejados una mayor claridad en el presupuesto de salud y el establecimiento de una partida presupuestaria separada para la atención primaria de salud, con un control financiero delegado para los gastos y la supervisión.

Cooperación técnica y financiera externa

Los servicios de salud reciben ayuda para realizar inversiones de capital de la Secretaría Regional de Territorios Dependientes, que depende del Ministerio de Asuntos Exteriores del Reino Unido: esta ayuda totalizó US\$ 1,3 millones durante el período 1992–1995 y fue asignada al Hospital Princess Alexandra, el Dispensario y la Clínica East End, que sufrieron daños provocados por el huracán Luis.

La Dirección de Desarrollo de Ultramar del Reino Unido financió el proyecto de ajuste del sector salud, en el que se examina la reestructuración de los servicios de salud haciendo especial hincapié en la equidad, la eficiencia, la eficacia, la calidad y el fortalecimiento de la atención primaria.

ANTIGUA Y BARBUDA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La nación de Antigua y Barbuda comprende las islas de Antigua y Barbuda y la isla deshabitada de Redonda. Este país, localizado en el centro del archipiélago de Sotavento en el Caribe Oriental, tiene 440 km² de superficie; Antigua ocupa 64% del territorio y aloja a 98% de la población.

Antigua tiene una topografía relativamente plana caracterizada por llanuras centrales y colinas volcánicas que nacen en el sudoeste (y alcanzan una altura de 400 m), todo lo cual influye mucho en la hidrología de la isla. En el norte y el este, el suelo es sobre todo calcáreo con depósitos de piedra caliza. La precipitación pluvial anual es poca y alcanza un promedio de 1.000 mm; ocurren sequías cada 5 a 10 años. Carece de ríos y tiene muy pocos arroyos. Una planta de desalinización proporciona aproximadamente 50% del agua necesaria.

Antigua y Barbuda se independizó en noviembre de 1981. Está gobernada por un Parlamento constituido por representantes elegidos de los partidos mayoritario y de oposición. Se celebran elecciones por lo menos cada cinco años. El país está dividido en 17 circunscripciones administrativas y Barbuda representa una. La autoridad del poder ejecutivo se ha conferido a un gabinete presidido por un Primer Ministro y formado por 10 Ministros.

Población

El Cuadro 1 muestra los resultados del censo nacional de población más reciente realizado a mediados de 1991 y las estimaciones de mediados de 1995. La esperanza de vida al nacer es de 70 años para los hombres y de 74 para las mujeres. A mediados de 1995 la población se estimaba en 64.353 habitantes, cifra que representa un aumento de 1% en comparación con la estimación de mediados de 1988 recalculada en 63.683 habitantes. El número de nacidos vivos registrados

varió en los últimos años y alcanzó un máximo de 1.347 en 1995. La tasa de natalidad alcanzó también un máximo de 20,93 por 1.000 habitantes en 1995.

Según el censo de 1991, aproximadamente 91% de la población era de origen africano, 3,7% de raza mixta y 2,36% de raza blanca. Había pequeños grupos de sirios, libaneses, chinos, portugueses y personas originarias de la India.

Antigua y Barbuda atrae inmigrantes de muchos países. Los residentes nacidos en el extranjero provienen sobre todo de Dominica, Guyana, Jamaica, Montserrat, la República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía. Hubo un notable aumento del número de residentes de habla hispana, que afectó a la prestación de servicios de salud y educación. Además, varias personas extranjeras jubiladas y sus hijos regresaron del Reino Unido y de los Estados Unidos de América. El número de licencias de trabajo concedidas a trabajadores extranjeros en 1993 fue de 2.278 en comparación con 3.417 en 1994 y 3.657 en 1995. Las licencias concedidas a ciudadanos de CARICOM representaron 68,6% del total en 1993, 74,7% en 1994 y 77,7% en 1995.

Economía y educación

La economía nacional depende principalmente del turismo que, con los servicios afines, representa 65% del PIB. Otros importantes sectores contribuyentes fueron los de servicios públicos, comercio al por mayor y al por menor, industria de la construcción y comunicaciones, bienes raíces y vivienda. El Gobierno sigue concentrándose en desarrollar más la industria turística y en diversificar la economía por medio de la expansión de los sectores financiero y de información.

Hubo un constante aumento del PIB a precios constantes entre 1992 y 1995, que alcanzó un promedio de US\$ 403 millones. En 1995, las actividades de los sectores de turismo, finanzas e información y agricultura aportaron US\$ 59,2 millones, US\$ 30,5 millones y US\$ 13,6 millones, respectivamente. El aporte del turismo se redujo mucho en relación con el

CUADRO 1
Población por grupos de edad y sexo en 1991 y estimaciones de mediados de 1995, Antigua y Barbuda.

Grupos de edad	Población por grupos de edad y sexo, 1991				Población estimada por grupos de edad y sexo, mediados de 1995			
	Total	%	Varones	Mujeres	Total	%	Varones	Mujeres
0-4	6.152	10,4	3.080	3.072	6.670	10,4	3.339	3.321
5-14	11.925	20,1	5.961	5.964	12.929	20,1	6.462	6.467
15-44	28.653	48,3	14.874	13.779	31.066	48,3	14.940	16.126
45-64	7.740	13,0	3.671	4.069	8.391	13,0	3.979	4.412
65 y más	4.885	8,2	2.121	2.764	5.297	8,2	2.300	2.997
Total	59.355	100	28.612	30.743	64.353	100	31.020	33.333

Fuente: Population and Housing Census—1991. Departamento de Estadística, Ministerio de Salud, Antigua y Barbuda.

monto de US\$ 70,8 millones en 1994, en parte por los daños causados por el huracán Luis. Los aportes de la agricultura mostraron solo leves aumentos, con un promedio de US\$ 14 millones, mientras que los de los bancos y las instituciones financieras alcanzaron un promedio de US\$ 28 millones en ese período. El PIB per cápita a precios constantes fue de US\$ 2.399,1 en 1994 y US\$ 2.288,1 en 1995, en comparación con US\$ 2.192,0 en 1991.

En 1995 la deuda externa fue de US\$ 340 millones aproximadamente, cifra que representa un aumento en relación con la de US\$ 270 millones correspondiente a 1992. En 1993, el Gobierno impuso su propio programa de ajuste estructural que incluye el cumplimiento de las obligaciones de la deuda pública y otros compromisos financieros. La amortización de la deuda (interna y externa) ascendió a un total de 19,2% del gasto real en 1995. La tasa de inflación en 1994 fue de 3,5% (índice interno del FMI), cifra menor que la de 7,0% registrada en 1990.

Desde 1973 Antigua y Barbuda tiene un sistema de educación gratuita y obligatoria para los niños de 5 a 16 años. En el período 1994-1995 hubo 12.059 estudiantes matriculados en 30 escuelas primarias públicas y en 12 privadas; 4.646 niños matriculados en 9 escuelas secundarias públicas y 4 privadas. El porcentaje de varones matriculados se redujo en los niveles de educación superior en el período 1994-1995. Si bien la asistencia de los varones a la escuela primaria fue un poco mayor que la de las niñas, en el nivel universitario público fue 2% menor. En una encuesta realizada en 1993 por el Programa de Alfabetismo de Antigua se observó que 15,6% de la población adulta era analfabeta.

La infraestructura del sistema de educación sufrió graves daños causados por el huracán Luis y se ha puesto gran empeño en las reparaciones. La calidad de la educación académica y técnica de nivel terciario en el Colegio Universitario del Estado siguió mejorando. El centro local de la Universidad de las Indias Occidentales (institución administrada conjuntamente por los Gobiernos del Caribe de habla inglesa) ofreció educación continua por medio del sistema de enseñanza a

distancia que vincula los centros de la Universidad en diferentes localidades del Caribe vía satélite. Las instituciones privadas dictaron cursos de educación técnica y de secretaría.

Mortalidad y morbilidad

Los datos de mortalidad se obtienen de los certificados de defunción que llenan los médicos. La tasa bruta de defunción se mantuvo en cerca de 7 por 1.000 habitantes en 1995 en comparación con 6,3 por 1.000 en 1990.

Los tumores malignos siguieron siendo la principal causa de defunción en Antigua y Barbuda, seguidos de las enfermedades cerebrovasculares, del corazón e hipertensivas y la diabetes mellitus. Lamentablemente, se registraron «signos, síntomas y afecciones mal definidas» en casi 6,6% del total de defunciones, lo que indica falta de atención a los detalles del certificado de defunción.

La tasa de mortalidad infantil se ha reducido constantemente desde 1988. En 1995 disminuyó a 17,1 por 1.000 nacidos vivos en comparación con 22,7 en 1991. El promedio anual durante el período fue de 20,3 por 1.000 nacidos vivos, en comparación con 24,6 en el período 1988-1991. La causa más frecuente de mortalidad infantil es la prematuridad, notificada en 57 de 109 (52,3%) defunciones en 1991-1995.

En 1995 las enfermedades transmisibles de notificación más frecuente fueron la influenza, las infecciones respiratorias, la gastroenteritis (notificable solamente cuando afecta a menores de 5 años), la varicela, la conjuntivitis, la sífilis y otras enfermedades venéreas y las enfermedades transmitidas por los alimentos.

Las principales afecciones para las cuales se buscó tratamiento en los centros de salud comunitarios fueron la hipertensión (24,7% en 1994 y 32,9% en 1995, en comparación con 31,1% en 1992), la diabetes mellitus (9,8% en 1994 y 12,2% en 1995) y los accidentes y traumatismos (3,5% en 1994 y 4,6% en 1995). Otros trastornos comunes fueron la artritis,

las enfermedades del corazón, las infecciones respiratorias agudas, el abuso de alcohol y de drogas, la gastroenteritis, el asma bronquial, los trastornos mentales y las enfermedades de transmisión sexual.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño y del adolescente

Según el censo de 1991, el grupo de 0 a 4 años de edad representó 10,4% de la población total, con una razón hombre/mujer de 1:1. Durante el período 1992–1995 hubo 5.012 nacimientos vivos, lo que representa un promedio anual de 1.275. La tasa promedio de natalidad fue de 19,8 por 1.000 habitantes. En 1995, 90% (1.216) de los 1.347 nacimientos vivos ocurrieron en el Hospital Holberton. Siete por ciento (96) de los nacimientos tuvieron lugar en el Centro Médico Adelin (hospital privado) y 2,6% (35) fuera del sistema de atención secundaria. Esa tendencia no tuvo una razón clara, ya que en la política del Gobierno se trató de aumentar al máximo el número de partos atendidos en instituciones. El sector salud estaba bien dotado de servicios adecuados, incluso de una unidad de cuidados especiales para niños prematuros y otros lactantes que necesitan atención intensiva. Veinte de los 21 mortinatos de 1995 se registraron en el Hospital Holberton y uno en el servicio distrital.

No hubo cambios sustanciales del porcentaje de lactantes de bajo peso al nacer a juzgar por las normas establecidas en la ficha de crecimiento del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe; las cifras se mantuvieron aproximadamente en 4,9%. Disminuyó el número de lactantes del grupo menor de 1 año con peso insuficiente y excesivo: hubo una reducción de 2,3 a 1,4% en el grupo con peso insuficiente y de 9,3 a 8,5% en el grupo con peso excesivo. Se observaron bajas similares en el grupo de 1 a 4 años de edad.

Los problemas de salud más comunes en lactantes y niños del grupo de 1 a 5 años que acudieron a los dispensarios son las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, los traumatismos y las infecciones de la piel. En el período 1988–1991, la principal causa de internación de los niños menores de 1 año en el Hospital Holberton fue la infección gastrointestinal; de los de 1 a 4 años, las infecciones de las vías respiratorias. En el período 1992–1995, el asma bronquial reemplazó a la gastroenteritis y a la ictericia neonatal como la principal causa de hospitalización infantil.

Durante el período 1992–1995 ocurrieron más de 103 defunciones de lactantes menores de 1 año, 43% de ellas el día del nacimiento. Sin embargo, el número de defunciones ocurridas el día del nacimiento se redujo de 27 en 1991 a solo 6 en 1995. En el último año citado, no se observaron marcadas

diferencias entre las tasas de defunción de lactantes del sexo masculino y del femenino.

Las defunciones perinatales se redujeron de 38,4 por 1.000 partos en 1991 a un promedio de 28,2 en el período 1992–1995 y 27,8 por 1.000 en 1995. Al parecer, la mortalidad perinatal guardó relación con dos factores: el peso del niño al nacer y la edad de la madre. Durante el período 1991–1995 murieron 95% de todos los niños nacidos con menos de 1.001 g de peso (49% de los que pesaron de 1.001 a 1.500 g y 20% de los de 1.500 a 2.000 g). Murieron solo 3% de los niños nacidos con más de 2.500 g de peso.

En 1995 los niños cuyas madres tenían 35 años y más representaron 11,2% del total de nacimientos. El porcentaje de mortinatos correspondiente a las madres de este grupo de edad en el período 1991–1994 fue de 18,6%, grupo que representó 9,94% de todos los nacidos vivos. El porcentaje de mortinatos sobrepasó con creces al de nacidos vivos en este grupo de edad.

En las sesiones clínicas regulares de atención de salud infantil se examinaron los problemas del desarrollo y otros y se ofreció orientación y asesoramiento sobre atención del niño a los padres de familia. En 1994, más de 60% de los niños fueron llevados a los dispensarios a las seis semanas de edad o antes, cifra que aumentó a más de 70% en 1995.

Los niños de 5 a 19 años comprenden 30% de la población total. Los niños de edad escolar se someten periódicamente a exámenes de la vista, la audición, el lenguaje, la salud oral, la salud mental, las concentraciones de hemoglobina, el peso para la estatura, etc., practicados por enfermeras de atención directa a la familia. La educación para la vida de familia no se introdujo oficialmente al currículo escolar, pero los directores de las escuelas invitaron a las enfermeras de atención directa a la familia y a los educadores para la vida de familia a trabajar en ese medio.

Noventa y tres por ciento de los niños ingresados a la escuela (de 5 años y más) habían recibido todas las vacunas (DPT, DT, antipoliomielítica y MMR) antes de comenzar la escuela. Se estima que en 1995 el número de consultas relacionadas con la salud de los niños de edad escolar y los adolescentes hechas por primera vez a los dispensarios ascendió a 1.733.

Las enfermedades respiratorias representaron 80% de las afecciones de los niños de edad escolar llevados a los dispensarios por primera vez en 1995. Los problemas dentales y de la vista fueron las otras dos razones de las consultas a los dispensarios de la comunidad en ese grupo de edad.

Los partos de mujeres menores de 20 años representaron 15,8% del total de nacimientos en 1995, cifra que se mantuvo constante en el período.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) financió un proyecto de orientación por pares y de servicios de salud a los jóvenes que terminó en 1996. El programa escolar fue administrado por personal de tiempo parcial, incluso por una enfermera formada en salud del adolescente, una enfermera de atención directa a la familia y un ginecólogo. Ese

grupo abordó las necesidades sociales y de atención de salud del adolescente con evaluaciones del estado de salud y servicios continuos de tratamiento, orientación y asesoramiento, educación sobre el sida y otras enfermedades de transmisión sexual, toma de conciencia sobre el abuso de sustancias, educación para la vida de familia y planificación familiar, frotis de Papanicolaou y otros servicios.

La salud del adulto

Cincuenta por ciento de la población estimada a mediados de 1995 tenía de 20 a 59 años; 52% eran mujeres. En 1994 y 1995, el número de mujeres que acudieron a una primera consulta a los dispensarios fue el doble que el de hombres. La mayoría de los casos atendidos en los dispensarios de salud de la comunidad correspondió a hipertensión y diabetes. Las personas de este grupo de edad también hicieron un gran número de consultas por accidentes, traumatismos, infecciones respiratorias y enfermedades del corazón.

Las principales causas de defunción en el grupo de 15 a 64 años de edad en 1995 fueron las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores. El número de defunciones de hombres superó en más del doble al de mujeres. Las mujeres de este grupo de edad se escogieron para intervenciones en materia de salud materna. En 1995 se atribuyeron a ellas 84,2% de todos los nacimientos, cifra compatible con el promedio en el período 1991–1994. No se registraron defunciones maternas.

Los registros de salud comunitaria indican que el condón fue el método anticonceptivo preferido por los nuevos usuarios de métodos de planificación familiar. No obstante, entre los usuarios activos, al parecer se demostró la misma preferencia por los anticonceptivos orales que por los inyectables. El marcado aumento del uso de anticonceptivos desde 1988 indica un mayor conocimiento del sida y de otras enfermedades de transmisión sexual por parte de todos los grupos de edad. Los anticonceptivos se obtuvieron sobre todo por medio del sector privado, de modo que las cifras de los dispensarios de salud de la comunidad no son necesariamente indicativas de la situación nacional.

La salud del adulto mayor

Se estimó que a mediados de 1995 la población de personas de 60 años y más era de 7.114; 4.000 de ellas (56%) eran mujeres. En 1995 hubo 296 defunciones en el grupo de 65 años y más, lo que representó 69,5% del total.

Casi todos los problemas de salud del adulto mayor se debieron a enfermedades crónicas no transmisibles. La mayoría de los casos atendidos en los dispensarios fueron de hipertensión y diabetes. Los tumores malignos, las enfermedades

del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, la hipertensión y la diabetes mellitus fueron las principales causas de defunción en ese grupo. El programa comunitario para adultos de todas las edades prestó servicios a 4.164 pacientes en 1995, 1.759 de ellos mayores de 65 años. Muchos tenían factores de riesgo relacionados con la obesidad, el alcoholismo y el tabaquismo.

La División de Asistencia a la Ciudadanía del Ministerio del Interior introdujo un programa de ayuda domiciliar para adultos mayores. Se estableció un pequeño número de casas geriátricas particulares. Se abrieron varias casas geriátricas pequeñas privadas para suplementar los servicios prestados por el Instituto Fiennes, una institución pública.

La salud de la familia

Según un informe de 1991, aproximadamente 58% de todas las familias estaban encabezadas por mujeres, quienes constituían cerca de 52% de la fuerza laboral. No hay un programa específico de salud de la familia. La División de Asistencia a la Ciudadanía prestó varios servicios, incluso asesoramiento sobre libertad condicional y rehabilitación; colocación en instituciones de acogida y supervisión; orientación sobre la crianza de los hijos, e información sobre las investigaciones hechas por los tribunales de justicia.

Los asuntos relacionados con la situación de los niños maltratados, desatendidos y abandonados son una prioridad para el programa de política nacional. En la Ley sobre Ofensas Sexuales promulgada en 1995 se estipularon severos castigos para los delitos de violación de menores e incesto. La División de Asistencia a la Ciudadanía y el Comité Mixto para la Promoción de la Salud Emocional del Niño trabajan estrechamente con la policía para vigilar las situaciones de abandono y maltrato de los niños por sus padres. En el período 1991–1995 se notificaron 103 casos de abuso sexual a la policía; ocurrieron 24 en 1994 y 19 en 1995.

La salud de los trabajadores

No hay un programa específico de salud de los trabajadores, pero la legislación sobre indemnización por accidentes de trabajo se aplica a la mayoría de los trabajadores. Se exige que todas las personas empleadas participen en los programas de beneficios médicos y de seguridad social por medio de aportes mensuales de un porcentaje fijo del sueldo. El programa de beneficios médicos ofrece medicamentos, servicios de laboratorio, rayos x y otros a las personas a quienes se les diagnostica ciertas enfermedades crónicas, entre ellas hipertensión, diabetes, cáncer, glaucoma y trastornos mentales. Los beneficios de la seguridad social incluyen subvenciones para discapacidad, maternidad y pensión.

La salud de los discapacitados

El Consejo para Discapacitados, que coordina las actividades destinadas a ese grupo de la población, reanudó sus actividades en 1995. Entre los programas especiales para las personas con impedimentos visuales están los de educación general y adiestramiento técnico y artesanal realizados por organizaciones no gubernamentales con algún apoyo del Gobierno. La hemiplejía y la ceguera ocasionadas por cataratas, glaucoma y diabetes fueron causas comunes de discapacidad de los adultos mayores.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. Recientemente no ha habido brotes de enfermedades transmitidas por vectores. El dengue es endémico en el Caribe y el mosquito *Aedes aegypti*, vector del dengue y de la fiebre amarilla, se encuentra en toda la isla. Aunque se ejerce vigilancia constante para prevenir la importación de malaria, en 1995 se detectaron dos casos importados.

La intoxicación con ciguatera es ocasionada por barracuda y otros peces capturados en la localidad. En 1995 se notificaron 322 casos y en 1994, 330. Muchos casos no se notifican porque suelen tratarse con remedios caseros.

Enfermedades inmunoprevenibles. En 1994 y 1995 se registró una cobertura aproximada de 100% de los niños menores de 15 años con las vacunas contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT) y antipoliomielítica (OPV), y de 94% con las vacunas contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR). Entre 1993 y 1995 se inmunizó contra el tétanos a un promedio de 40% de las mujeres embarazadas.

El caso más reciente de tétanos se registró en 1993. No ha habido casos de difteria ni de tos ferina en los últimos años ni se registraron casos confirmados de sarampión en 1994–1995. En los últimos 10 años no se han notificado casos de fiebre tifoidea. En el primer trimestre de 1995, la meningitis fue la presunta causa de una defunción. Tanto en 1994 como en 1995 se identificaron cinco casos de hepatitis B.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. Se preparó y puso en práctica un plan de control del cólera. No se identificó ningún caso en Antigua.

Enfermedades crónicas transmisibles. Había 10 pacientes leprosos inscritos en el registro nacional. Se cerró el leprocomio puesto que los enfermos no necesitaban tratamiento activo.

En 1995 se notificaron seis casos de tuberculosis (cuatro presuntos y dos confirmados). La vacuna BCG no se administró regularmente como parte del programa de inmunización. El aumento del número de casos de sida y su relación con la tuberculosis fueron motivo de preocupación.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas se clasificaron como la principal enfermedad transmisible en los últimos dos años, con un marcado aumento de 1994 a 1995. La neumonía ocupó el sexto lugar entre las principales causas de defunción en 1994 (19 defunciones con una tasa de 3 por 10.000 habitantes, o 4% del total).

Rabia y otras zoonosis. La autoridad veterinaria y los Ministerios de Salud y de Agricultura se encargan de la inspección de la carne y los productos de origen animal importados y locales. No hubo problemas de rabia ni de otras zoonosis en Antigua y Barbuda.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Según la Secretaría del Sida del Ministerio de Salud, desde que se identificó el sida por primera vez en 1985 hasta el 31 de diciembre de 1995 se habían notificado 70 casos de sida, 6 de ellos en niños. De los 64 adultos infectados, 55 eran hombres y 9 mujeres (razón de 6:1). Ocurrieron 56 defunciones.

En el mismo período, 77 personas se identificaron como VIH positivas (37 hombres adultos, 36 mujeres adultas y 4 niños menores de 13 años). La propagación heterosexual pareció ser el patrón reciente de la infección por el VIH. El abuso de drogas inyectadas por vía intravenosa fue poco común en Antigua y Barbuda. Se sometió a examen de detección del VIH a todos los donantes de sangre.

En lo que respecta a otras enfermedades de transmisión sexual, se notificaron 70 casos de gonorrea y sífilis en 1994 y 60 en 1995. De particular interés es la recurrencia de casos de sífilis congénita. La uretritis no gonocócica fue la enfermedad de transmisión sexual más comúnmente notificada; se registraron 37 casos en 1994 y 62 en 1995.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. En 1995 se diagnosticó a 24 lactantes (niños menores de 1 año) y a 25 niños de 1 a 4 años de edad desnutrición proteínocalórica de leve a moderada, determinada por el peso para la edad en la ficha de crecimiento del Caribe. La tasa nacional de desnutrición leve a moderada fue de menos de 0,87%. Solo a un niño se le diagnosticó desnutrición grave en 1995.

En 1993 el Ministerio de Salud estimó que la prevalencia de anemia ferropénica en niños menores de 5 años era de 2,5%.

Esta tasa se derivó de los resultados anormales de las pruebas de hemoglobina obtenidos en los dispensarios de salud pública. Se estimó una prevalencia de 6,3% en mujeres embarazadas.

Cerca de 95% de las nuevas madres amamantaban a sus hijos en el momento del egreso del hospital. En 1995 el Ministerio de Salud estimó que 26% de los niños recibían lactancia materna exclusiva durante seis semanas, 68% parcial durante seis semanas y 87% continua a los tres meses.

En una encuesta hecha por el Ministerio de Salud en 1993 se determinó que la tasa nacional de obesidad era de 4,6%. Sesenta por ciento de las mujeres mayores de 40 años eran obesas; de ese grupo, 33% sufrían obesidad grave (>140% del peso normal). Veinticinco por ciento de los hombres mayores de 40 años eran obesos.

Enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades del sistema circulatorio representaron 146 (37,6%) del total de defunciones en 1995 y 164 (38,8%) en 1994. Esta clasificación comprende las enfermedades del corazón, la cerebrovascular y la hipertensiva. En 1995 esos tres grupos de enfermedades estuvieron entre las cinco causas principales de defunción en Antigua. Fue relativamente elevada la prevalencia de hipertensión y de enfermedades del corazón en las consultas hechas por primera vez a los dispensarios de salud pública.

Tumores malignos. La principal causa de defunción en Antigua y Barbuda fueron los tumores malignos. En 1995 hubo 66 defunciones en comparación con 87 en 1994. De las 33 defunciones registradas en los hombres, 14 (42%) fueron causadas por cáncer de próstata. De las 33 defunciones registradas en las mujeres, 7 (21%) fueron ocasionadas por cáncer de mama. En 1991 las cifras de las defunciones causadas por cáncer de próstata fueron 14 de 37 (38%) y por cáncer de mama, 5 de 26 (19%).

Accidentes y violencia. El número de defunciones causadas por accidentes de tránsito ascendió a un promedio de 10 anuales en los últimos tres años (13 en 1993, 10 en 1994 y 7 en 1995). Muchos traumatismos ocasionaron prolongados períodos de hospitalización. El departamento de tránsito de la policía intensificó la vigilancia de los conductores.

Trastornos del comportamiento. El tratamiento de los trastornos del comportamiento fue una iniciativa de salud prioritaria durante el período. Las actividades correspondientes se realizaron por medio de un programa comunitario de salud mental en que también se prestó atención de seguimiento de los clientes egresados del Hospital Psiquiátrico.

El uso de marihuana y de cocaína en cristales («crack») y en polvo, y el abuso de alcohol fueron motivo de preocupación. Se estableció un programa de rehabilitación para toxicó-

manos y se ofrecieron servicios por medio del Hospital Psiquiátrico y el programa comunitario de salud mental.

Salud oral. La atención dental estuvo a cargo de tres odontólogos, una enfermera dental, un higienista y dos ayudantes en un consultorio con tres sillones en los servicios de salud comunitarios. En 1993 se realizó un programa de enjuague con fluoruro en las escuelas públicas, en que se trató a unos 12.000 estudiantes.

Desastres naturales. El huracán Luis devastó a Antigua (junto con las vecinas islas de San Martín y las Islas Vírgenes Estadounidenses) en septiembre de 1995. Dejó un saldo de 2 muertos y 165 heridos. Noventa por ciento de las casas sufrieron daños (40%, graves); 60% de los establecimientos públicos quedaron afectados, incluso 75% de las escuelas y 50% de las instalaciones del Hospital Holberton, el principal centro hospitalario de Antigua. Unas 2.000 personas quedaron desempleadas. La recaudación de rentas públicas se redujo de US\$ 12 millones a US\$ 10 millones.

La Organización Nacional de Servicios para Desastres, órgano establecido dentro del Ministerio del Interior para coordinar las actividades de mitigación, prevención, preparación, respuesta y recuperación en situaciones de desastre pasó por una dura prueba con este suceso. Se hizo un llamamiento regional a la introducción de un «índice de vulnerabilidad» en la evaluación de la necesidad de ayuda preferencial y de acuerdos comerciales para países como Antigua y Barbuda que están en la región azotada por huracanes.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En virtud de una política de salud redactada en 1994, el Gobierno se comprometió a entender la salud como un «derecho humano», adoptar el sistema de atención primaria de salud y apoyar todas las actividades nacionales, regionales e internacionales necesarias para lograr «salud para todos en el año 2000». Se trató de redefinir las metas de política y planificación para alcanzar los fines y objetivos del acuerdo para la Cooperación en Salud en el Caribe y de la Carta para la Promoción de la Salud en el Caribe.

La reforma del sector salud

La reorganización del sistema de atención de salud fue una alta prioridad y se realizaron varias iniciativas en 1996. Se redactó un plan quinquenal de desarrollo para el Ministerio de Salud que incluyó recomendaciones para el sector de hospitales.

En las recomendaciones se aborda la dirección y el desarrollo de todos los servicios hospitalarios, el financiamiento, el desarrollo de recursos humanos, la participación de la comunidad en la administración y evaluación de los servicios, la participación del sector privado en la prestación de servicios hospitalarios y las relaciones con los sectores público y privado (en las esferas nacional y regional). Se propuso legislación específica para dirigir la organización y administración del Hospital Holberton. Se creó un componente de capacitación complementario del plan principal de desarrollo del Ministerio. En dicho componente se detallan los requisitos establecidos en los campos administrativos, profesionales y técnicos, incluso varias actividades de capacitación en todos los niveles administrativos (según la disponibilidad de financiamiento). Por último, se propusieron otros mecanismos de financiamiento de la atención de salud.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El Ministerio de Salud desempeña una función de liderazgo en los campos de atención de salud pública, reglamentación y prestación de servicios. El sistema es financiado por medio de tributación o gravámenes impuestos por el sector público para apoyar el programa de beneficios médicos. La participación de las compañías de seguro particulares en el financiamiento de la atención de salud es mínima y estará sujeta a examen más detallado durante los intentos de reorganización.

El Ministro de Salud es miembro del Gabinete y delega la autoridad en un Secretario Permanente para efectos de la administración. El personal técnico y administrativo ayuda al Secretario Permanente a alcanzar las metas y los objetivos de salud del Estado. El Médico Jefe es el asesor técnico del Ministerio y se encarga de coordinar los servicios asistenciales prestados en los hospitales y centros de salud.

Antigua se divide en siete distritos médicos determinados por su situación geográfica. Cada uno es atendido por un médico nombrado por el Estado, que se encarga de prestar servicios médicos a los residentes del distrito correspondiente. Los servicios de atención primaria de salud en los distritos incluyen salud materno-infantil, educación sanitaria, administración de problemas de salud comunes, saneamiento ambiental, atención de salud mental en la comunidad, nutrición, atención de diabéticos e hipertensos, control y vigilancia de enfermedades transmisibles, visitas domiciliarias y servicios de referencia.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

El marco legislativo que dirige las actividades de salud pública en Antigua y Barbuda se revisó por última vez a media-

dos del decenio de 1950 y ahora se considera inadecuado. Se reconoció la necesidad de establecer nuevas normas reguladoras para adaptarse a la expansión de las actividades de prestación de servicios de salud en los sectores público y privado. Se han redactado leyes sobre la administración y gestión de las instituciones de salud, se ha promulgado una nueva Ley Médica y se han revisado las Leyes sobre Farmacia y Partería.

Los Consejos de Medicina y Enfermería siguen regulando los requisitos de habilitación para el ejercicio de la medicina y la enfermería.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

La cobertura de inmunización con las vacunas DPT y OPV se estimó en cerca de 100% de los lactantes menores de 15 meses de edad. En 1994 y 1995 la cobertura con la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola fue de cerca de 94%.

El programa de control de vectores se concentró en el control y la erradicación de mosquitos, particularmente de *Aedes aegypti*. El programa de control consiste en fumigación, educación de la comunidad, inspección, tratamiento y provisión de peces larvívoros para las instalaciones de depósito de agua. El índice de infestación de viviendas fue de 11,1 en 1995, que representa una baja en relación con el anterior de 15,3 en 1994.

Continuaron los esfuerzos para fortalecer la División de Estadísticas de Salud por medio del suministro de equipo, personal capacitado e instalaciones físicas adecuadas.

La responsabilidad de distribuir agua potable compete a la Administración de Servicios Públicos de Antigua. En 1995 se estimó que alrededor de 60% de las viviendas tenían conexiones de agua potable por cañería; el 40% restante se abastecía de fuentes públicas o recurría a medios particulares de recolección (tambores y cisternas). Barbuda se abastece de un pozo central. La Junta Central de Salud vigiló la calidad del agua potable y de las aguas costeras.

La Administración citada y varios consultores internacionales prepararon un proyecto de construcción de un sistema central de alcantarillado para St. John. Por el daño causado por el huracán Luis, se estima que el porcentaje de casas sin servicios sanitarios aumentó de 8% en 1993 a 12%, como mínimo. Cerca de 60% a 65% de la población tenía pozos sépticos y de absorción. La mayoría de la población restante tenía letrinas de pozo y retretes con balde, cuya limpieza está a cargo del servicio de evacuación de excretas de la Junta Central de Salud. El Hospital Holberton y los hoteles de la costa tienen plantas particulares de alcantarillado.

La Junta Central de Salud asume la responsabilidad de la gestión de los desechos sólidos. Esta función se delegará a la

Administración Nacional de Gestión de los Desechos Sólidos recientemente establecida por el Gobierno (noviembre de 1995), que se encarga del almacenamiento, la recolección, el tratamiento y la evacuación de los desechos sólidos. En 1996 se iniciaron las obras de ingeniería para convertir el basurero existente en un relleno sanitario. Se cerraron todos los demás basureros oficiales, aunque todavía está pendiente el cierre de algunos extraoficiales.

Se siguió haciendo un esfuerzo por controlar el desecho de basura en la calle por medio de programas de educación pública y toma de conciencia. Se examinó la aplicación de la Ley sobre Basura promulgada en 1983.

La Junta Central de Salud realizó una intensa inspección de los restaurantes y otros expendios de alimentos. No se presentó ningún brote de enfermedades transmitidas por los alimentos en el período 1992–1995. La proliferación de vendedores ambulantes de comida fue motivo de preocupación cada vez mayor. Se celebraron discusiones entre el Ministerio de Salud y Servicios Públicos y la Asociación de Pequeños Vendedores para abordar los problemas de localización y las preocupaciones en materia de salud. La Junta Central de Salud se embarcó en programas de educación del personal de los expendios de alimentos y de los trabajadores independientes.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Tanto los establecimientos de salud públicos como los privados prestaron servicios de atención a las personas. El programa de beneficios médicos prestó servicio de farmacia a sus beneficiarios.

El Hospital Holberton ocupa un lugar central en el sistema de salud, ya que es la única institución de atención de salud pública de enfermedades agudas. Se prestan servicios generales y especializados en medicina interna, cirugía, obstetricia y ginecología, pediatría, radiología y patología. Además, varios especialistas del sector privado o extranjeros prestaron servicios de otorrinolaringología, oftalmología, ortopedia, neurología y radiología. En 1995 hubo 4.271 egresos del hospital general; la estancia media fue de 8 días. El hospital sufrió daños causados por el huracán de 1995 y su número de camas se redujo de 200 en 1991 a 135. Había planes en marcha para construir un hospital de atención de enfermedades agudas de 200 camas para reemplazar al Hospital Holberton.

Hay dos instalaciones para estancia prolongada, a saber, el Hospital Psiquiátrico con 150 camas (la ocupación media en 1995 fue de 85 pacientes) y el Instituto Fiennes, que atiende a 100 pacientes geriátricos. El Hospital Springview de Barbuda sirve sobre todo de establecimiento de atención ambulatoria. Un servicio privado de atención secundaria, el Centro Médico Adelin, con 15 camas, presta atención a pacientes ambulatorios e internados. Había dos centros médicos de práctica de grupo con consultorios particulares de médicos y dentistas.

Se prestan servicios de salud comunitarios por medio de una red de 9 centros de salud y 18 dispensarios o subcentros satélite conectados con los centros de salud. Estas instalaciones están igualmente distribuidas a lo largo y ancho de Antigua y Barbuda. Los equipos que incluyen médicos de distrito, enfermeras de atención directa a la familia, enfermeras de salud pública, enfermeras-obstetrices de distrito, auxiliares de salud comunitaria y auxiliares clínicos que prestan servicios en los centros de salud. Las enfermeras-obstetrices y los auxiliares clínicos de distrito prestan servicios en los subcentros con apoyo de los equipos de los centros.

El compromiso de descentralizar los servicios de salud como base para la creación de distritos de salud locales no produjo los resultados esperados. El sistema todavía se administra desde el nivel central. Los pacientes de las zonas rurales siguen viajando a St. John (la capital) para recibir servicios de radiografía y laboratorio y medicamentos. En 1994 se hicieron 82.988 consultas a todos los servicios en los dispensarios, de las cuales aproximadamente 20% guardaron relación con la salud infantil, 17,6% con hipertensión y 9,1% con diabetes.

Todos los médicos especialistas residentes, incluso los consultores del Gobierno y los médicos de distrito, se dedicaban al ejercicio particular en la capital. Además, había cuatro centros particulares de oftalmología, dos laboratorios particulares y un centro particular de fisioterapia. Los servicios de bancos de sangre son prestados en el nivel central por el Hospital Holberton y el Centro Adelin.

Insumos para la salud

Se importaron todos los medicamentos, productos inmunobiológicos, reactivos y equipo.

Recursos humanos

En general, la dotación de personal de salud era adecuada; 309 funcionarios trabajaban en el sector público y 58 en el sector privado. En 1995 había 11 médicos (1,7 por 10.000 habitantes) y 218 enfermeras capacitadas (34 por 10.000). Los médicos especialistas incluyeron dos ginecólogos, dos oftalmólogos y dos pediatras. De 218 enfermeras, 31 eran enfermeras-obstetrices de distrito y 10 enfermeras de salud pública. Además del personal de salud local, el cuadro se suplementó con personal del Caribe y de otros países y con residentes que regresaron al país. Hubo un gran número de vacantes en los establecimientos de salud, muchas de las cuales se llenaron con funcionarios nacionales.

El único programa de certificación para la educación del personal de salud es la Facultad de Enfermería. El Gobierno trasladó la Facultad de su base en el hospital al medio académico comunitario del Colegio Universitario del Estado de Antigua y asignó fondos para su primer año de funcionamiento. Hubo dificultad para atraer personal idóneo y motivado que quisiera ingresar al programa de enfermería. Se logró capacitar a otro personal de profesiones afines a la de la salud por medio de instituciones de capacitación regionales. Se ofreció educación continua en instituciones locales y del exterior gracias a la gestión del Ministerio de Salud, organizaciones profesionales y organismos internacionales y regionales.

Investigación y tecnología en salud

Los compromisos para realizar proyectos nacionales de investigación en salud dieron lugar a pequeños estudios retrospectivos sobre la utilización de los servicios de salud y sobre enfermedades específicas. Sin embargo, esos estudios reflejaron más los intereses particulares que los objetivos de los programas.

En los últimos cinco años ha habido un marcado aumento de la disponibilidad de nueva tecnología. El Hospital Holberton recibió equipo de mamografía, fluoroscopia y tomografía axial computarizada (TAC), así como una Unidad de Cuidados Intensivos bien equipada.

Gasto y financiamiento sectorial

Tanto el monto real gastado en atención de salud como el porcentaje del presupuesto nacional siguen aumentando y pasaron de US\$ 96 millones (11,9% del presupuesto) en 1991 a US\$ 141,2 millones (13,9% del presupuesto) en 1995. El gasto per cápita en salud subió en términos nominales de US\$ 186,8 en 1991 a US\$ 305,6 en 1995, un aumento de 64% aproximadamente.

En 1995, 45% del presupuesto de salud se gastó en servicios institucionales, que incluyen el Hospital Holberton, el Hospital Psiquiátrico y el Instituto Fiennes (el servicio geriátrico) y aproximadamente 45% en servicios de salud ambien-

tal y comunitaria. Esta asignación porcentual se mantuvo constante durante el período.

A pesar de la reducción del crecimiento económico en los últimos años, el sector salud mantuvo alta prioridad en el Gobierno y captó 13,9% del presupuesto público para gastos en 1995. En 1996, 13% del presupuesto nacional se asignó al Ministerio de Salud y Servicios Públicos (alrededor de 12% para salud). El financiamiento del sector salud proviene de rentas generales y del programa de beneficios médicos.

El mayor empeño puesto en recuperar los costos en el Hospital Holberton ha llevado a recaudar EC\$ 2,96 millones en 1993, pero eso todavía representa un pequeño porcentaje de los ingresos potenciales provenientes de derechos cobrados a los usuarios. Se espera que las mejoras de la vigilancia del sistema de contabilidad aumenten esos ingresos.

Para 1996 se asignaron EC\$ 400.000 para gastos de capital en los dispensarios de distrito y EC\$ 750.000 para equipo adicional para el Hospital Holberton. Se han destinado alrededor de EC\$ 300.000 para gastos en equipo para el sector de gestión de los desechos sólidos.

La estimación del gasto recurrente por concepto de actividades de salud en 1996 es de EC\$ 40,47 millones, de los cuales se destinaron EC\$ 12,4 millones a la Junta Central de Salud y EC\$ 17,06 millones al Hospital Holberton. Se han asignado EC\$ 1,14 millones a servicios de salud pública, médicos y sanitarios en Barbuda.

Cooperación técnica y financiera externa

Antigua y Barbuda participaron en programas y proyectos regionales de adquisición de medicamentos, desarrollo de los servicios de salud, mejora de los sistemas de información, protección ambiental, gestión de los desechos sólidos y preparativos para situaciones de desastre. Se recibieron beneficios, tales como ahorros de costos, capacitación, servicios de consultores y, en algunos casos, inversión directa. La asistencia oficial para el desarrollo recibida del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, las organizaciones multilaterales y los países árabes se redujo de US\$ 7,0 millones netos en 1991 a US\$ 3,0 millones netos en 1993.

ANTILLAS NEERLANDESAS

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Las Antillas Neerlandesas están constituidas por cinco islas: Curazao, Bonaire, Saba, San Eustaquio y San Martín; las dos primeras están cerca de la costa noroccidental de Venezuela y las otras, a unos 900 km al nordeste. La extensión total de las Antillas Neerlandesas es de 800 km², el idioma oficial es el neerlandés, el papiamentu es el idioma nacional en Curazao y Bonaire y el inglés, en San Martín, Saba y San Eustaquio. Curazao, con 444 km², es la mayor de las islas neerlandesas del Caribe y su capital, Willemstad, es la sede del gobierno central.

Las Antillas Neerlandesas constituyen un territorio autónomo dentro del Reino de los Países Bajos; son responsables de su propia administración y de su política, con excepción de la defensa, las relaciones exteriores, la estabilidad legal y la contraloría financiera y administrativa. Existe una democracia parlamentaria y se realizan elecciones cada cuatro años. El Colegio de Ministros es elegido por el Parlamento. Hay dos niveles de gobierno: el central, con un parlamento que cuenta con representaciones de todas las islas y cuya sede se encuentra en Curazao, y el local de cada isla, con su propio gobierno consistente en un Consejo Insular y un Colegio de Diputados. El Gobernador de las Antillas Neerlandesas es el representante del Reino de los Países Bajos; el representante del poder central en cada isla es el Teniente Gobernador, que tiene facultades ejecutivas.

La principal actividad económica de las Antillas Neerlandesas se encuentra en el sector de servicios, en el cual predomina el turismo. Otros sectores de la actividad económica son la industria manufacturera y la construcción. En 1993 el ingreso per cápita fue de US\$ 7.800 y el producto interno bruto (PIB), de US\$ 2.114,8 millones. La tasa de inflación durante los años 1992 a 1996 fue de 1,4%, 2,1%, 1,8%, 2,8% y 3,6%, respectivamente.

En cuanto al nivel educacional, 31% de la población de Curazao de 24 años y más tiene educación primaria completa; 39% secundaria básica terminada; 18% terminó el bachillerato y 10% tiene nivel académico politécnico o universitario. Según el Censo de Población de 1992, solo 2% de la población de Curazao de 24 años y más no completó el nivel primario de educación. Un mayor porcentaje de mujeres terminó el nivel primario, pero más hombres alcanzaron niveles educacionales superiores. En promedio, el nivel educacional es más alto en los hombres que en las mujeres, y en los jóvenes que en los adultos y ancianos. La diferencia del nivel educacional entre hombres y mujeres es mayor en las edades más avanzadas.

El índice de desempleo notificado en Curazao para los años 1994, 1995 y 1996 fue de 12,8%, 13,1% y 13,9%, menor que el comunicado en el censo de 1992 (16,9%). En 1995 el desempleo fue de 17% en las mujeres y de 9,8% en los hombres. En 1994, en el resto de las islas, el índice de desempleo fue de 5,5% en Bonaire, 4,2% en Saba, 5,8% en San Eustaquio y 11,3% en San Martín.

En 1994 y 1995 la tasa de crecimiento de la población en las Antillas Neerlandesas fue de 2,6% y 2,5% respectivamente, y en Curazao, de 1,2% y 1,8%. Los saldos migratorios han sido positivos desde 1994. En 1995, la población estimada de las Antillas Neerlandesas era de 207.333 habitantes, con una densidad de 259 habitantes por km²; 34% eran menores de 20 años, 59% tenían de 20 a 64 años y 7% de 65 años y más. En ese mismo año Curazao tenía 151.540 habitantes (73% de la población de las Antillas Neerlandesas y con una distribución similar según grupos de edad). El sexo femenino representa 52,9% de la población. En 1994, Bonaire tenía 12.533 habitantes, Saba 1.197, San Eustaquio 1.882 y San Martín 37.256. El crecimiento poblacional por año varió entre 1,2% en Bonaire y 4% en San Martín. La esperanza de vida al nacer es de 77,5 años para las mujeres y de 71,8 años para los hombres.

Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad subió de 5,3 por 1.000 habitantes en 1986 a 7,1 en 1993, y las tasas estandarizadas de mortalidad variaron de 4,7 por 1.000 habitantes en 1986 a 5,4 por 1.000 habitantes en 1993. La tasa estandarizada de mortalidad para los hombres es 1,5 veces mayor que para las mujeres. La tasa de mortalidad específica por edad, para hombres y mujeres, se mantuvo estable de 1986 a 1993. Se observa un aumento significativo de la mortalidad masculina en los grupos de edad de 1 a 4 años y de 25 a 44 años.

En 1993 las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores representaron 36,3% y 22,1%, respectivamente, de las defunciones por causas definidas. La mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias y por causas externas muestra una tendencia al aumento, y las causas perinatales y las mal definidas presentan un descenso. El resto de las causas se mantuvieron estables. Solo 3,6% de las muertes caen en la categoría de mal definidas. En 1993 las principales causas de muerte fueron las enfermedades cerebrovasculares (13,6%), seguidas por las enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón (10,0%), la cardiopatía isquémica (9,1%) y la diabetes mellitus (5,1%). La cardiopatía isquémica fue la primera causa de muerte entre los hombres y las enfermedades cerebrovasculares lo fueron entre las mujeres. Los tumores malignos provocan mayor mortalidad masculina. En los hombres, el sida es la octava causa de muerte, con 2,9%.

La mortalidad por grupos de edad presenta dos patrones: para la población de 45 años y más está representada por enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas las cardiovasculares, las cerebrovasculares y la diabetes mellitus, para el grupo de 1 a 44 años, el sida y las causas externas son las más importantes. En general, hay un aumento de la mortalidad por causas externas que se expresa en 49 muertes en 1986 y 75 en 1993, siendo más frecuente entre los hombres que entre las mujeres.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

En Curazao, los métodos usados para la recopilación rutinaria de datos por los proveedores de servicios de salud no son confiables, pues no proporcionan un resumen completo de la situación sanitaria de la población. Por eso, para obtener la información necesaria, entre noviembre de 1993 y agosto de 1994 se llevó a cabo el Estudio de Salud de Curazao, una encuesta de salud realizada en una muestra aleatoria de la población adulta no institucionalizada de Curazao.

Los resultados del estudio, basado en 2.248 individuos encuestados, destacan tres áreas principales: situación sanitaria, modos de vida y utilización de servicios de salud. Cerca de 10% de la población adulta sufre de diabetes mellitus, y

aproximadamente la mitad no está consciente de ello; de 20% a 30% padece de hipertensión y 7% tiene glaucoma. Los problemas psicológicos son prevalentes entre los adultos y jóvenes: 12% de los encuestados de 18 a 24 años de edad notificaron estrés, nerviosismo o depresión. Los ancianos, las mujeres y las personas pertenecientes a las clases socioeconómicas más bajas están en una posición desfavorable con respecto a su situación de salud. El 17% de los participantes del estudio informaron que fumaban. En cuanto al ejercicio físico y los hábitos alimentarios, 75% de todos los adultos no practican regularmente ninguna forma de ejercicio, y son evidentes algunas deficiencias nutricionales diferenciadas: 37% no comen vegetales diariamente y cerca de la mitad no consumen fruta cada día. El exceso de peso es también un importante problema de salud, especialmente entre las mujeres de las clases socioeconómicas más bajas.

Solo 40% de los encuestados visita a un dentista cada año. Los ancianos de Curazao no hacen más uso de los servicios médicos generales que los individuos más jóvenes, como tampoco lo hacen las personas de grupos socioeconómicos más bajos.

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La tasa de mortalidad infantil se redujo en ambos sexos de 17,8 por 1.000 nacidos vivos en 1986 a 11 por 1.000 nacidos vivos en 1993. La tasa de mortalidad neonatal bajó de 9,9 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 8,7 en 1993 y la perinatal, de 23,6 a 17,9 por 1.000 nacidos vivos durante los mismos años. En 1991–1993, las causas principales de muerte en el primer año de vida fueron las causas perinatales (64,5%) y las anomalías congénitas (23,0%). Las enfermedades infecciosas causaron 6,6% de la mortalidad infantil. La tasa de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años muestra un ascenso, no presenta diferencias por género y las causas más importantes de muerte son las anomalías congénitas con 20,8% (cinco defunciones), seguidas por los accidentes de tráfico con 16,7% (cuatro defunciones), y las enfermedades infecciosas intestinales con 8,3% (dos defunciones). La tasa de mortalidad registrada en el grupo de 5 a 14 años de edad durante los años 1986–1993 es estable y no se observan diferencias por género. El 50% (nueve defunciones) de la mortalidad registrada entre los años 1991 y 1993 correspondió a accidentes de tráfico.

La salud del adolescente, del adulto y del adulto mayor

En el grupo de 15 a 24 años la mortalidad es dos veces mayor en el sexo masculino y presenta un ligero ascenso en

los años 1992–1993. El 42,8% (21 defunciones) de la mortalidad corresponde a causas externas (accidentes de tráfico 20,4%, homicidios 16,3% y accidentes por sumersión 6,1%).

La tasa de fecundidad se mantuvo estable en 2,4 por 1.000 mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) durante los años 1990 y 1991, como también la tasa específica de fecundidad para el grupo de 15 a 19 años (0,05 para 1981 y 0,05 en 1991).

Los médicos generales, las parteras y los ginecólogos ofrecen la atención prenatal. Únicamente las parteras utilizan el sistema informático perinatal, que incluye información sobre la atención prenatal, el parto y el puerperio. En 1994 hubo 1.144 mujeres registradas en este sistema (37% de todos los partos). De este registro se concluye que solo 25% de los controles prenatales se hicieron antes de las 20 semanas de embarazo, y que 52% inició el control en el tercer trimestre del mismo. En cuanto a la atención del parto, la mayor parte (99%) tiene lugar en las clínicas o en el hospital: los partos de bajo riesgo se atienden generalmente en la Clínica de Maternidad y todos los de alto riesgo, en el Hospital General. En cuanto a la mortalidad materna, a pesar de que solo han ocurrido 13 muertes maternas entre 1986 y 1993, con un promedio de 3.000 nacidos vivos por año, estas cifras representan 54 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Entre los riesgos asociados con esta tasa de mortalidad materna figuran la alta prevalencia de anemia falciforme y preeclampsia.

La población de 65 años y más se duplicó entre 1960 y 1992, y en 1995, según datos de la Oficina Central de Estadísticas, representó 8% de la población total. Las principales causas de mortalidad en este grupo de edad son las enfermedades cerebrovasculares, seguidas por las enfermedades del corazón (cardiopatía isquémica) y la diabetes mellitus.

La salud de la familia

En el último censo de población y vivienda, realizado en 1992, se censaron 41.272 hogares. El promedio de personas por hogar fue de 3,5, lo que representa una disminución con respecto al censo anterior, en que el promedio fue de 4,3. Las mujeres encabezan 36% de todos los hogares; en 71,3% de los hogares viven familias nucleares, en 19,1% familias no nucleares y en 9,6% cohabitan dos o más núcleos familiares.

La salud de los discapacitados

Según el censo de 1992, 3,9% de la población total comunicó algún tipo de discapacidad. De ese porcentaje, 28,4% tenía discapacidad física y 22,7% discapacidad visual; de ellos, 3,8% (212 personas) eran ciegos y 82% de las personas ciegas tenían 60 años y más.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

El dengue es endémico en Curazao desde 1973. Existe un sistema de vigilancia y se llevan a cabo acciones de control de vectores. Hubo un brote a comienzos de 1993, durante el cual se aislaron los serotipos 2 y 4. Durante ese brote, 18% de todos los casos correspondieron a dengue hemorrágico y se notificó una muerte. A comienzos de 1995 hubo un nuevo brote, y en el mismo año 1995 se detectó un segundo brote que terminó en febrero de 1996. Durante este último brote se aisló el serotipo 4 en solo un caso. De los casos notificados en los últimos dos brotes, 6,5% y 4,2%, respectivamente, correspondieron a dengue hemorrágico.

En 1995 se notificaron 555 casos de dengue, el doble que en 1993. Encuestas sobre actitud y conocimiento realizadas en 1995 y 1996 indican que aun cuando la población tiene suficiente información respecto al control del vector del dengue, generalmente estos conocimientos no se ponen en práctica. Tanto los médicos como la población general consideran que los casos registrados por el sistema de vigilancia subestiman el número total de casos de dengue que se presentaron en estos dos años, ya sea porque el médico no solicitó la confirmación del diagnóstico en el laboratorio, o porque la población ya está familiarizada con la enfermedad y no acude al médico.

No se han notificado casos de poliomiелitis ni de parálisis flácida aguda. Entre noviembre de 1996 y abril de 1997 se presentaron siete casos de síndrome de Guillain-Barré, que resultaron negativos para el virus de la poliomiелitis. No se han registrado casos de difteria, tos ferina ni tétanos, como tampoco de parotiditis ni de *Haemophilus influenzae* B.

En enero de 1997, después de un brote de sarampión que se presentó en Guadalupe, se intensificó la vigilancia en Curazao; hasta mayo de 1997 se habían notificado 14 casos sospechosos, de los cuales se descartaron 10.

No se han comunicado casos de cólera, y no se cuenta con un sistema de notificación de casos clínicos de enfermedades infecciosas intestinales. Los informes de laboratorio de los años 1993 a 1995, que incluyen resultados de estudios en manipuladores de alimentos, indican que *Shigella*, *Campilobacter* y *Salmonella* son los gérmenes más frecuentes. La incidencia de infecciones intestinales para los tres años analizados es estable (3 por 1.000 habitantes), y el grupo de edad más afectado es el de niños menores de 1 año.

No hay registro de brotes de meningitis, cuya notificación no es obligatoria. Entre 1993 y 1995 se notificaron, respectivamente, cuatro, cinco y seis casos de tuberculosis; tres de estos casos fueron resistentes a la isoniazida. En todos los casos diagnosticados se realiza la investigación de contactos. En 1993, las infecciones respiratorias agudas constituyeron la

quinta causa de muerte en todos los grupos de edad; no se cuenta con un sistema de vigilancia para las infecciones respiratorias agudas. No existe notificación de casos de rabia o de otras zoonosis.

De 1985 a 1996 el número total acumulado de casos de personas infectadas con el VIH en las Antillas Neerlandesas fue de 815, de los cuales 466 (57,2%) son hombres y 349 (42,8%) son mujeres; la mayoría pertenece al grupo de 25 a 44 años de edad (68,3%). Curazao y San Martín tienen 97,5% de los casos de personas infectadas. En los recién nacidos la infección fue transmitida por la madre y en el grupo de 25 a 44 años, por relación sexual. A todas las mujeres embarazadas se les practican análisis para detectar el sida. La incidencia más alta corresponde al grupo de edad con vida sexual y reproductiva activa. La razón hombre/mujer es de 1,3:1, lo que sugiere que la transmisión del virus es predominantemente de naturaleza heterosexual. En las Antillas Neerlandesas la posibilidad de que la infección se transmita por transfusión de sangre es mínima, pues los laboratorios tamizan toda la sangre donada para detectar el VIH. Se desconoce el número de casos de sida en las Antillas Neerlandesas, y se hacen esfuerzos por centralizar el registro de los mismos en el Departamento de Salud Pública e Higiene Ambiental. En octubre de 1996 había 58 personas que usaban una o más drogas contra el VIH, que eran suministradas por la farmacia del Hospital Santa Elizabeth en Curazao. No hay datos disponibles para el resto de las islas. En Curazao el sida constituye una de las principales causas de muerte en el grupo de 25 a 44 años; en 1991–1993 representó 14% de las muertes en este grupo de edad.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. En base a una muestra de 981 menores de 1 año, tomada en 1992 de niños sanos que concurrieron a la consulta en los servicios de salud pública, se detectó que 5,4% había nacido con un peso menor de 2.500 gramos. Según datos del Servicio de Salud Pública de Curazao, en 1993 cerca de 9% de todos los nacidos vivos pesaron menos de 2.500 gramos. En el mismo año, 3% de los niños menores de 1 año que asistían a consultas de niños sanos estaban desnutridos. En el grupo de 1 a 4 años, el mayor porcentaje de desnutrición (peso bajo para la edad) fue de 5% en los niños de 2 y 3 años. En un estudio realizado por el Servicio de Salud Pública (que abarcó la tercera parte de los colegios de Curazao) en dos cohortes de niños nacidos en 1987 y 1984, se encontró 4% y 1% respectivamente de desnutrición (peso bajo para la edad). Más de 40% de los niños con peso bajo para la edad tenían una talla normal, lo que indica solo desnutrición aguda; 20%

de estos niños desnutridos presentaban tanto desnutrición aguda como crónica.

En 1993 se realizó en Curazao un estudio cuantitativo de la ingesta de alimentos en una muestra de niños y niñas de 10 a 14 años. La ingesta de macronutrientes se ajustaba a las recomendaciones holandesas de nutrientes para este grupo de edad; sin embargo, este grupo tenía en promedio una ingesta menor de micronutrientes que lo recomendado. En 1996 el Departamento de Salud Pública realizó en Curazao un estudio cualitativo en adolescentes de 16 y 17 años integrantes de una muestra de 180 alumnos de escuela secundaria. Los resultados indican que los adolescentes, en general, comen menos verduras, frutas y lácteos que lo recomendado, que frecuentemente consumen dulces, gaseosas, azúcar y alimentos fritos, y muy frecuentemente alimentos preparados fuera del hogar.

Con respecto a la lactancia materna, los resultados del Estudio de Salud de Curazao realizado en 1993–1994 en 236 mujeres que tenían al menos un hijo en el grupo de edad de 0 a 4 años, indican que a las seis semanas de nacimiento eran amamantados 73% de los niños, a los tres meses, 42% y a los 16 meses, 16,7%.

Según los resultados del Estudio de Salud de Curazao, la prevalencia de diabetes mellitus tipo II es de 10% en la población mayor de 18 años; la prevalencia aumenta con la edad, y en el grupo de 45 años y más es de 30 a 35%, cifra que es mayor en el grupo de 65 años y más. La diabetes mellitus es más frecuente en las mujeres que en los hombres, pero no hay diferencias significativas. El principal factor de riesgo es la obesidad. Más de 50% de las mujeres son obesas, y en el grupo de 45 a 64 años la prevalencia de obesidad llega a 60%. Entre los obesos, la prevalencia de diabetes es significativamente superior que entre los no obesos. La diabetes constituyó la cuarta causa de muerte en 1993 (5,1% de la mortalidad). En las mujeres es la tercera causa de mortalidad (17,4%) y en los hombres, la octava (2,9%).

Enfermedades cardiovasculares. Los resultados del Estudio de Salud de Curazao mostraron que la hipertensión es la enfermedad notificada con más frecuencia (11,4% en los hombres y 16,7% en las mujeres), y se estima que la cifra real de prevalencia asciende al doble. En 1995 hubo 524 ingresos hospitalarios en Curazao por enfermedades cardiovasculares, lo que representa 349 ingresos por 100.000 habitantes, con un promedio de estadía de 11,8 días. En las Antillas Neerlandesas no se realizan cateterismos ni intervenciones quirúrgicas cardíacas por lo que estos fueron la principal causa de envío de pacientes a otros países en 1994 y la tercera en 1995. La cardiopatía isquémica, que ocupa el tercer lugar entre las 10 principales causas de muerte, representa 9,1% del total de defunciones y constituye la principal causa de muerte para los hombres.

Tumores malignos. En las Antillas Neerlandesas entre 1982 y 1987 la incidencia de tumores malignos ascendió de 156 a más de 200 por 100.000 habitantes. Desde 1987 hasta 1991, la incidencia varió de 200 a 220 por 100.000 habitantes. Se considera que este aumento se debe al envejecimiento de la población, a la mejora del diagnóstico y, posiblemente, a un incremento real. En los hombres, las localizaciones más frecuentes de los tumores malignos son próstata, pulmón y estómago, con una incidencia de 40,8, 22,2 y 18,5 por 100.000 habitantes respectivamente; en las mujeres, mama (44,8), cuello uterino (21,5) y colon (11,4 por 100.000 habitantes). En ambos sexos, 9,5% de los tumores malignos se diagnostican in situ y 90,5% en etapa invasiva.

Accidentes y violencia. La mortalidad por causas externas tiende a aumentar. En el grupo de 1 a 44 años aparecen el sida y las causas externas como las más importantes, especialmente en los hombres, en quienes las causas externas provocan cuatro veces más años potenciales de vida perdidos. Un estudio de la mortalidad por causas externas realizado en Curazao demostró que desde 1986 hasta 1993 los accidentes de tráfico (colisión de vehículos) fueron la causa de muerte más importante, con 20 a 25 defunciones por año. Las caídas accidentales ocuparon el segundo lugar (aproximadamente 10 por año) y los accidentes por sumersión, el tercero. Se produjeron en promedio ocho defunciones anuales por suicidio e igual número por homicidio, aunque en 1993 hubo el doble de muertes por esta última causa.

Trastornos mentales y del comportamiento. Según el censo de 1992, fumaban 21,8% de los adultos de 18 años y más. Según el Estudio de Salud de Curazao (1993–1994), la prevalencia del hábito de fumar en los mayores de 18 años es de 17,1% (28,3% en los hombres y 8,8% en las mujeres). El grupo con la prevalencia más alta es el de 45 a 64 años, seguido por el de 25 a 44. En una investigación realizada en una muestra de hogares en 1996, se encontró que 20% de los hombres y 9% de las mujeres fumaban. A partir del Estudio de Salud de Curazao se sabe que 20,5% de la población encuestada consume regularmente alcohol (37,9% de los hombres y 7,5% de las mujeres); 49,2% bebe alcohol ocasionalmente (43,1% de los hombres y 53,8% de las mujeres).

En relación con el consumo de drogas, una investigación realizada en 1996 en una muestra de hogares indicó que los hombres utilizan más drogas ilícitas que las mujeres (2% y 0,1%, respectivamente). En el grupo de 35 a 49 años se encontró el porcentaje más alto de consumo de drogas (2%), seguido del grupo de 20 a 34 años (1,4%). Este hábito es más común entre las personas con nivel de educación bajo (1,8%) o mediano (1,4%), que entre las de mayor nivel de educación

(0,3%). Las personas que buscan trabajo son las que consumen drogas (2,6%), y 1,3% de las que no son económicamente activas comunicaron que las consumían. Entre los que trabajan, 1% son consumidores. Las drogas más usadas son la marihuana y la cocaína.

Según los datos del Estudio de Salud de Curazao, 20,5% de los encuestados padecen alguna enfermedad psiquiátrica, y significativamente más mujeres que hombres tienen problemas psicológicos (23% y 17,1%, respectivamente). No se encontraron diferencias importantes entre grupos de edad, y hay una relación clara con la posición socio-económica: las enfermedades psiquiátricas son menos frecuentes en los grupos con niveles de ingreso y educación más altos.

Salud oral. La atención oral en Curazao presenta diferencias en el acceso. Entre el grupo asegurado por el Gobierno la oferta es muy limitada, en tanto que para el resto de los asegurados existe una amplia cobertura, en cantidad y calidad. La utilización de la atención dental es baja, especialmente entre los más jóvenes, y el cuidado preventivo se dificulta porque muchos grupos carecen de cobertura de atención preventiva. La atención oral es insuficiente para los discapacitados. Según el Estudio de Salud de Curazao, 30,5% tienen todos sus dientes y 11% no tienen ningún diente; una quinta parte de este último grupo, o sea 2,2% de la muestra total, no tienen prótesis dentales.

Desastres naturales y accidentes industriales. Las Antillas Neerlandesas han sufrido daños por huracanes y tormentas, que causaron pérdidas de vidas humanas y materiales. Los accidentes industriales se asocian con la existencia de refinerías de petróleo y centros de embarque de hidrocarburos. Se han comunicado explosiones, incendios y derrames de hidrocarburos en la zona. El Sistema de Prevención de Catástrofes coordina las actividades de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en caso de emergencias y desastres.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud y la reforma del sector salud

En 1994 el gobierno insular de Curazao inició un proceso para contener los costos en expansión del sector salud. Este proceso, denominado la “Nueva Política”, dio lugar al proyecto para el “Nuevo Sistema de Seguro de Salud”. Debido a los enormes problemas financieros que afectan al Hospital Santa Elizabeth, se organizó una reunión que contó con la presencia de todos los participantes del sector de atención de salud y, en

una fase posterior, se instaló el Comité Directivo para la Reforma del Sector, que se formalizó en octubre de 1994 por un decreto del gobierno insular. Dicho Comité está compuesto por miembros de los Servicios de Salud Pública de Curazao, el Departamento de Finanzas del Consejo Ejecutivo de Curazao, los Servicios de Bienestar y el Departamento de Salud Pública e Higiene Ambiental; participan, además, un oficial de Comunicaciones, el gerente de proyecto del nuevo seguro de salud y el gerente de proyecto de las instituciones subsidiadas. Los cinco temas tratados en la reunión fueron inspección de salud; auditorías y estudios de eficiencia y de eficacia; regulación del establecimiento de los profesionales de salud; inversiones en atención de salud y la junta asesora central, y financiación de presupuestos.

En noviembre de 1995, el Comité Directivo presentó al Consejo Ejecutivo de Curazao las recomendaciones finales en lo referente a los cinco temas de la cumbre. Las recomendaciones de políticas fueron aceptadas por el Consejo Ejecutivo, que presentará estos resultados al Ministro de Salud. Sin embargo, la ejecución de las recomendaciones requerirá un esfuerzo conjunto de los gobiernos central e insulares.

El Comité Directivo tiene una meta en lo referente a la atención de salud: "asegurar una atención de salud humanitaria, dada eficaz y eficientemente, la cual se basa en la igualdad y se centra en las necesidades reales de nuestras poblaciones". Para alcanzar esta meta se ha propuesto tomar las siguientes medidas: desarrollar una política para la atención de calidad y contención de costos, aumentar el control financiero del sector de la salud y crear una estructura clara de salud y una división de las responsabilidades. Se propone instalar un Comité Directivo a nivel del gobierno central y, al mismo tiempo, comités directivos a nivel de los gobiernos insulares, instituidos por un decreto del Consejo Ejecutivo en cada isla.

Existen convenios con el Ministerio de Salud y las Universidades de Maastricht y Groninga en los Países Bajos, para realizar investigaciones en salud y evaluar el impacto de las medidas económicas que se han tomado y las nuevas formas de financiamiento de la salud. Existe un marcado interés en vigilar la calidad de la atención médica.

En el Plan Nacional de Salud, el Gobierno toma en cuenta los resultados del Estudio de Salud de Curazao y considera como prioridad la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, así como el cambio en los modos de vida que predisponen a padecer enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes mellitus. El Ministerio de Salud ha creado tres grupos de trabajo multidisciplinarios para elaborar los programas de intervención. En el resto de las islas se ha decidido aplicar el Estudio de Salud de Curazao, para realizar un mejor análisis de la situación de salud de cada isla y diseñar en consecuencia los programas de intervención.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

En Curazao existen dos hospitales generales y uno quirúrgico, con un total de 618 camas: el Hospital Santa Elizabeth (540 camas), el Hospital Adventista (42 camas) y la clínica Dr. Taams Quirúrgico (36 camas). Hay además una clínica de maternidad con 23 camas y el Instituto Mon Verriet tiene un servicio de rehabilitación con 12 camas. Curazao cuenta con un total de 4,4 camas por 1.000 habitantes. El Hospital Santa Elizabeth, que presta servicios de hemodiálisis, cuidados intensivos y neonatología recibe pacientes del resto de las islas y de Aruba.

Toda la población tiene acceso a la salud, que en el nivel primario cuenta con 90 médicos generales. Mediante el nuevo seguro general de salud y los nuevos modelos de financiamiento se aspira a mejorar la calidad con criterios de equidad. Curazao cuenta con 97 médicos especialistas, entre ellos, 12 de medicina interna, 4 cardiólogos, 4 neurólogos, 1 gastroenterólogo, 11 cirujanos, 2 urólogos, 5 ortopedistas, 1 neurocirujano, 2 cirujanos plásticos, 10 ginecólogos, 3 neurólogos, 3 dermatólogos, 6 anestelistas y 2 patólogos. Los recursos humanos para la salud se forman en los Países Bajos y, ocasionalmente, en otros países.

Las modalidades de aseguramiento son el PPK (Poor Patient Card), pagado totalmente por el Gobierno y destinado a personas sin ingresos, con un ingreso muy bajo o que no están aseguradas debido a su edad avanzada o a la existencia de alguna enfermedad crónica; el Seguro Público que cubre 100% de los gastos para el personal obrero y 90% para el personal de categorías más altas dentro de la administración; el Fondo de Seguros para Jubilados del Gobierno; las grandes empresas privadas, que aseguran a su propio personal; el Banco de Seguro Social, que cubre a los empleados de las empresas privadas pequeñas, y otras formas de seguro privado. Dado que se reconocen importantes diferencias entre las distintas formas de prestación, el objetivo de la reestructuración del seguro es reducir al máximo las diferencias en el acceso y calidad de la atención médica.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

En las Antillas Neerlandesas se han puesto en práctica diversas iniciativas de educación y promoción y protección de la salud, especialmente por parte de las organizaciones no gubernamentales. El sistema de atención de salud se orienta predominantemente hacia la atención curativa. En la "Revisión Financiera de Costos de la Atención de la Salud de las

Antillas Neerlandesas, 1993”, se calculó que en Curazao 0,8% del gasto total en atención de salud se dedicó a atención preventiva, en comparación con 55% invertido en atención curativa. Muchos de los problemas de salud identificados tienen que ver con modos de vida, factores socioeconómicos, aspectos culturales y actitudes hacia la salud y las enfermedades. Las actividades de promoción de la salud en las Antillas Neerlandesas están centradas en la prevención de las enfermedades no transmisibles crónicas relacionadas con los modos de vida arriesgados (malos hábitos alimentarios, falta de ejercicio, consumo de alcohol y hábito de fumar cigarrillos); prevención del uso de drogas y rehabilitación del consumidor, y promoción del comportamiento sexual responsable (prevención del sida) y de los derechos reproductivos. La adopción de la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud Nacional en las Antillas Neerlandesas ha sido un gran logro.

Desde febrero de 1995 el Departamento de Salud Pública e Higiene Ambiental cuenta con una Sección Ambiental. El desarrollo sostenible constituye el punto de partida para el gobierno de las Antillas Neerlandesas en la formulación de sus planes y políticas para el futuro, lo que significa que el cuidado del ambiente y la naturaleza debe considerarse en los planes de política socioeconómica. Cinco campos principales han sido seleccionados como prioridades para los próximos cinco años: desperdicio y aguas albañales; petróleo y ambiente; turismo, ambiente y naturaleza; manejo de la naturaleza, y fortalecimiento de la conciencia. Para trabajar en estos campos, se elaboraron y presentaron a consideración del Parlamento la “Reglamentación Nacional sobre los Principios Básicos del Manejo Ambiental” y la “Reglamentación Nacional sobre los Principios Básicos del Manejo y la Protección de la Naturaleza”. Basadas en estas dos leyes, todas las islas estarán obligadas a formular diferentes ordenanzas sobre el ambiente y la naturaleza. Está en estudio un modelo de proyecto de legislación insular.

Curazao, Bonaire y San Martín poseen servicios de agua potable y alcantarillado adecuados. Existen plantas desalinizadoras de excelente calidad pero a un alto costo. Solo Curazao y San Martín tienen plantas de tratamiento de agua; en las otras islas es muy común el uso de tanques sépticos.

La mayoría de las islas cuentan con servicios de recolección de residuos sólidos operados por empresas privadas con la supervisión de las autoridades locales. Hay problemas derivados de la precariedad de los sitios de disposición final, y se

han presentado proyectos para la construcción de rellenos sanitarios, pero los mismos no han contado con los recursos suficientes. Los hospitales poseen servicios de recolección e incineración de material peligroso.

Gasto y financiamiento sectorial

De acuerdo con los últimos datos disponibles y el estado de cuentas correspondientes al año 1992, los gastos del sector salud en las Antillas Neerlandesas varían actualmente entre US\$ 150 millones y US\$ 167 millones. Para la isla de Curazao estos gastos varían de US\$ 128 millones y US\$ 138 millones al año.

Un objetivo importante es mejorar y uniformar los sistemas de información del financiamiento de la salud. Se ha adquirido el Sistema de Información de Costos Médicos (“ZIS systeem”) de los Países Bajos, que se ha modificado y adaptado para su uso funcional en Curazao. El costo total de los programas informáticos fue financiado por el Gabinete para las Antillas Neerlandesas y Aruba (KABNA), con la condición de que el sistema fuera usado por la Fundación BZV. Esta fundación, establecida en febrero de 1993 por el Gobierno de las Antillas Neerlandesas y el Consejo Ejecutivo de Curazao, tiene a su cargo la operación financiera de todas las facturas médicas correspondientes a los funcionarios públicos y sus familias, los pacientes con tarjeta PPK y los pensionados del gobierno. La fundación no solo procesa las transacciones sino que también centraliza las operaciones financieras médicas para poder conocer los gastos totales y la cantidad exacta de asegurados.

La introducción del Seguro General de Gastos Médicos Especiales es el primer paso en la dirección de un sistema general de seguros en las Antillas Neerlandesas. El siguiente paso será la introducción de un seguro de salud general. La intención del Gobierno de las Antillas Neerlandesas es presentar la ley para un Seguro de Salud Nacional antes de fines de 1997.

La política actual se dirige también a introducir el Sistema de Provisión de Medicina (“GVS systeem”). Si el Gobierno de las Antillas Neerlandesas y los Consejos Ejecutivos de Bonaire, San Martín, San Eustaquio y Saba deciden usar el “ZIS systeem”, la financiación de gran parte de la atención de salud será mucho más fácil.

ARGENTINA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La República Argentina es un Estado democrático que ha adoptado para su gobierno la forma federal, en virtud de la cual las provincias conservan todo el poder no delegado expresamente al Gobierno central. La Constitución Nacional es la ley suprema y toda la legislación debe sujetarse a sus disposiciones. En 1993 la Convención Constituyente llevó a cabo la reforma de la Constitución.

Tiene una extensión territorial de 3.761.274 km² y fronteras comunes con cinco países. Está integrada por 23 provincias y la Capital Federal. Por mandato constitucional, estas unidades político-administrativas tienen la responsabilidad del cuidado y la protección de la salud de la población. En el marco del proceso de reformas políticas, económicas y sociales en que el país se encuentra inmerso, las relaciones entre el Gobierno central y los gobiernos provinciales, y entre el Estado y la sociedad en general, están cambiando estructuralmente.

El Gobierno que asumió en 1989 instrumentó tres planes de estabilización. El último de ellos, iniciado a principios de 1991, fue el plan de convertibilidad, que orientó el proceso de ajuste hacia una salida exportadora a la vez que mantuvo la paridad cambiaria de la moneda nacional con el dólar, lo que le permitió al Estado mejorar sus cuentas fiscales y obtener excedentes para el pago de sus compromisos financieros.

El ajuste fiscal, basado en la disminución del gasto del Estado mediante la privatización de empresas públicas, la reforma tributaria, la racionalización de personal, el nuevo pacto fiscal Nación-Provincias y las modificaciones de la legislación laboral por la vía de la flexibilización del empleo, buscó reducir los costos productivos. Estos cambios se acompañaron con reformas del sistema previsional y de los marcos normativos de la seguridad social.

Según estudios de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el crecimiento sostenido de las

exportaciones iniciado en 1990 se tradujo en un superávit comercial que, sumado al ingreso de capitales y a la abundante oferta de crédito externo, tuvo como contrapartida una fuerte demanda local de bienes y servicios que dio un marcado impulso a las importaciones, facilitado por la reducción de aranceles aduaneros que desequilibraron la balanza comercial tornándola negativa en años posteriores. Hacia 1995, la demanda de bienes y servicios se estabilizó. Beneficiadas por condiciones externas favorables, las exportaciones aumentaron, lo que provocó la reversión del saldo de comercio exterior y contribuyó a sostener el nivel de actividad. Aunque la relación entre la deuda externa y las exportaciones mejoró, el coeficiente que relaciona la deuda con las exportaciones se redujo de 5 en 1994 a 4,3 en 1995 y la proporción entre los intereses pagados y las exportaciones de bienes y servicios se mantuvo estable en aproximadamente 21% a 22%, la deuda externa, que aumentó de US\$ 58.413 millones en 1991 a aproximadamente \$96.000 millones en 1996, sigue siendo una pesada carga para el país.

La perspectiva de una mayor integración regional a través del Mercosur (tratado de integración económica entre Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay) resalta la importancia de la estabilidad. Además del aumento del intercambio comercial en la región, el sistema de integración económica ayudó a reforzar los mecanismos de relaciones macroeconómicas entre los países. En 1995 resultó relevante el aumento de la demanda de productos por parte del Brasil, que volvió a incrementar su participación como destino de las exportaciones argentinas.

La crisis financiera que sufrió la economía mexicana a fines de 1994 no se propagó de igual manera al resto de la Región. Ese año, pese al escaso desarrollo del mercado de capitales local y la insuficiente tasa de ahorro interno, la Argentina reforzó las políticas monetarias y fiscales en defensa del modelo económico. La contracción posterior de la economía en 1995 se revirtió, registrándose una reactivación progresiva, aunque aún incompleta y de elevado costo social.

La evolución de la economía en el período 1991–1996 mostró que el plan de convertibilidad y las medidas de ajuste lograron mejorar las variables macroeconómicas, ya que disminuyó la inflación y aumentaron el producto interno bruto (PIB), las exportaciones y el flujo de capitales. El índice de precios al consumidor (IPC), que en 1991 había registrado un incremento de 84,0%, en 1992 cayó a 10,3%. La inflación continuó bajando y en 1994 la variación del IPC fue de 3,9%. En 1995 la tasa de variación de los precios siguió atenuándose, de manera que a lo largo de ese año el incremento del IPC fue de solo 1,5%; en 1996 fue de 0,4% y las tasas de inversión fueron positivas. De 1990 a 1994 el incremento acumulado del PIB fue cercano a 35,0%.

La evolución del mercado de trabajo en 1995 estuvo señalada por la estabilidad de los precios y la caída del nivel de actividad. Ambos hechos se reflejaron en los movimientos de los salarios y del empleo. Pese al incremento del PIB, entre fines de 1990 y fines de 1994 la tasa de ocupación se redujo, lo que, unido al aumento de los índices de participación laboral, dio lugar al crecimiento de la tasa de desempleo en un período de expansión económica. El funcionamiento de los mercados laborales y las características de la demanda variaron a la vez que se produjo un exceso de oferta de trabajo.

La recesión de la economía, que se manifestó en los primeros meses de 1995, estuvo asociada con un amplio movimiento de los índices de empleo. Así, la desocupación creció fuertemente hasta llegar a 18,4% en abril, al tiempo que se incrementó, aunque con menor intensidad, la incidencia del subempleo hasta algo más de 11,0% de la población económicamente activa (PEA). La tasa de empleo siguió disminuyendo en los primeros meses de 1996. La caída del coeficiente de empleo fue particularmente apreciable en el Gran Buenos Aires, mientras que la variación promedio fue menor en los aglomerados del interior. En el período 1991–1996 la tasa de desocupación abierta (en porcentaje sobre la PEA) pasó de 6,0 en octubre de 1991 a 16,4 en las principales zonas urbanas en octubre de 1996.

En los años posteriores al período hiperinflacionario (1989–1990) se atenuó la variabilidad a corto plazo de los salarios reales y la evolución de las remuneraciones en distintos sectores y categorías de empleo fue heterogénea. Sin embargo, a pesar del aumento de la productividad, el salario industrial real presentó una tendencia declinante, ya que perdió 7 puntos desde 1991 hasta principios de 1995 (tomando como base 100 el de 1991). Hasta comienzos de 1993, el costo de los alimentos básicos de la familia tipo aumentó 56%, mientras que los salarios de la industria crecieron solo 27%. En 1995 se aplicaron nuevas medidas de ajuste que incluyeron rebajas en los salarios más altos de la administración pública y ampliaciones en las bases gravables del impuesto a las ganancias y a los bienes personales, instaurándose un régimen de facilidades de pago por deudas

impositivas. Asimismo, se sancionó una ley destinada a limitar los gastos por jubilaciones. Hacia 1996, el empleo industrial bajó y los salarios reales industriales se mantuvieron en su nivel.

Entre las modificaciones introducidas al régimen laboral, se destaca la reducción de los costos de los despidos de nuevos trabajadores en las empresas pequeñas y medianas, que también fueron autorizadas a introducir cambios en el otorgamiento de licencias y en la definición de los puestos de trabajo, el establecimiento de un régimen de contratos de aprendizaje para personas de menos de 25 años de edad, que definió una relación no laboral, es decir, no sujeta a la seguridad social y sin costos para las empresas al finalizar el contrato, y la sanción de una ley modificatoria del régimen de indemnizaciones por accidentes de trabajo, reemplazando el pago por parte del empleador en ocasión de una contingencia por un sistema de seguro obligatorio.

Entre 1990 y 1994 el dinamismo económico no se tradujo en el descenso de la concentración del ingreso. Entre 1992 y 1994 se produjo un incremento muy elevado del ingreso de 10% de los hogares más ricos, que fue bastante menor en el caso de los hogares pertenecientes a los cuatro deciles más pobres. Con ello se perdió la mejora distributiva lograda en el primer bienio.

En la primera mitad de la década del noventa, el paso de la inflación a la estabilidad y del estancamiento al crecimiento económico significó la reversión de dos factores que forzaban al empobrecimiento de los sectores más necesitados de la sociedad. Pero el funcionamiento del mercado de trabajo no ofreció las condiciones para revertir los niveles de desprotección acumulados, sino que generó nuevas fuentes de vulnerabilidad que contrabalancearon los efectos positivos de aquellos logros. El desempleo se perfila como un problema grave que acentúa patrones desiguales de crecimiento.

En 1991, la Argentina presentó un índice de desarrollo humano (IDH) de 0,839, lo que la ubicó entre los países de alto desarrollo; en 1993 el IDH aumentó levemente a 0,884. La estimación del índice en las provincias confirma la existencia de realidades socioeconómicas diferentes que señalan una compleja geografía del desarrollo humano.

En 1994, la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), mostró que la proporción de hogares y de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) adquiría valores dispares según el aglomerado considerado. La incidencia de la pobreza según el indicador de NBI en los hogares osciló entre 32,2% en Palpalá, Jujuy, y 8% en Río Gallegos, Santa Cruz. En el caso de las NBI en la población, el porcentaje más elevado se registró en Resistencia, Chaco (35,5%), y los valores más bajos en Río Gallegos (8,9%) y Ushuaia, Tierra del Fuego (8,5%). La diferencia entre la incidencia por hogares y en la población obedece al mayor tamaño de los hogares con NBI.

En 1996, la Encuesta Permanente de Hogares señaló un incremento en la cantidad de personas que viven en condiciones de pobreza en la zona metropolitana (Capital y Gran Buenos Aires) respecto de los niveles de octubre de 1995. Esta tendencia refleja una continuidad de la situación registrada desde 1994 y se relaciona con el aumento del desempleo, de los precios de los alimentos esenciales y de la cantidad de familias que pasaron a habitar viviendas precarias. De acuerdo con el censo de 1991, 30% de un total de 10 millones de viviendas presentaban problemas. El crecimiento de las llamadas villas de emergencia y el fenómeno de las casas tomadas se relacionan con esta situación.

A comienzos de 1996, la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Acción Social y la Organización Panamericana de la Salud comenzaron a diseñar un método de análisis de situación para obtener elementos de interés político-técnico en relación con la determinación de grupos de riesgo, la focalización de las zonas y la identificación de los principales problemas. El estudio seleccionó indicadores de condiciones de vida, de utilización de los servicios y de condiciones de salud, que serían obtenidos en las 524 unidades de observación (llamadas genéricamente departamentos) en que se subdividió al país.

Se realizó una estratificación según condiciones de vida en la totalidad de los departamentos, considerando los porcentajes de hogares con NBI, de analfabetismo, de población sin cobertura de obra social o plan médico, de población mayor de 60 años y de años potenciales de vida perdidos (APVP). Para establecer los estratos se construyeron índices resumidos que, analizados posteriormente en una curva normal y de acuerdo con su dispersión en términos de desviación estándar, permitieron definir cinco estratos: atípico, favorable, intermedio, desfavorable y precario. La distribución de los departamentos según esta estratificación mostró que la mayor parte de ellos (60,9%) pertenecían al estrato intermedio y representaban a 61,2% de la población total del país. Los departamentos calificados como desfavorables e intermedios sumaban 17,8% y representaban a 5% de la población. Esta observación denota cómo, a medida que se avanza hacia los estratos más desfavorables, disminuye la cantidad de gente que habita en los departamentos que los componen.

El análisis de la utilización de los servicios de salud por parte de la población se hizo sobre la base de las tasas de consultas y de egresos hospitalarios. Solo se obtuvieron datos del subsector oficial y en su gran mayoría por efector y no por residencia de la población. En los departamentos donde se consiguió información por residencia (19,3%) se vio que los que tenían más baja densidad de población presentaban mayor tasa de egreso que los de alta densidad.

Respecto del componente de condiciones de salud, el estudio de las brechas de mortalidad reducibles efectuado permitió observar que, con excepción del estrato de condiciones de

vida atípico, en el que aparecen brechas solo en los grupos mayores de 50 años, el exceso de tasa de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años está presente y se repite en forma constante en todos los estratos, aunque es en el de condiciones de vida desfavorables donde adquiere su peso fundamental. Esto muestra claramente cómo a medida que se avanza hacia el estrato de condiciones precarias, la magnitud de los excesos de muerte del grupo de 1 a 4 años se incrementa. Asimismo, el estudio permitió establecer la correspondencia entre las características geodemográficas y la estratificación según condiciones de vida; así, los estratos de condiciones más favorables coinciden con los departamentos más poblados y cercanos a las rutas nacionales más importantes.

El Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 estimó una población de 35.219.612 habitantes para 1996, con una tasa de crecimiento anual promedio de 1,261%, que registra un comportamiento descendente. Según las proyecciones, la razón total de masculinidad de la población calculada para 1996 se ha estimado en 96,4%, valor en el que se mantendrá hasta el 2005. La tasa global de fecundidad continúa su tendencia declinante: de 3,15 hijos por mujer en 1980 se proyecta una tasa de 2,82 hijos por mujer para 1990–1995 y de 2,62 hijos por mujer para 1995–2000. Se observan diferencias según las jurisdicciones: en un extremo la Capital Federal, (1,58 hijos por mujer), y en el otro Misiones (3,58 hijos por mujer). La tasa de natalidad registró una muy leve pero sostenida declinación: en 1993 fue de 19,8 por 1.000 habitantes, en 1994 de 19,7 por 1.000 y en 1995 de 18,9 por 1.000.

La esperanza de vida al nacer para ambos sexos, de acuerdo con proyecciones para 1990–1992, fue de 71,93 años, 75,69 años para las mujeres y 68,44 años para los hombres. Las proyecciones para el periodo 1995–2000 indican una esperanza de vida al nacer de 75,59 años, 69,55 años para los hombres y 75,75 años para las mujeres.

La estructura de la pirámide poblacional muestra que los menores de 15 años no superan 30% del total de habitantes, mientras que los mayores de 60 años totalizan 13%. La edad mediana de la población era de 27,6 años en 1985 y se estima que será de 28,4 años en el 2000. La proporción de mayores de 65 años, que en 1990 representaban 9,0% de la población total, actualmente se estima en 9,5% y alcanzaría a 9,8% en el 2000, con marcado predominio femenino. La distribución por edades muestra una tendencia de crecimiento en la población de 60 años y más (13,9% en 1995) y una disminución en la de 0 a 24 años (46,0% en 1995) y en la de 25 a 59 años (40,8% en 1995).

Actualmente, y según proyecciones para 1996, la población urbana representa 88,6% del total. La gran mayoría se concentra en siete centros urbanos con más de 500.000 habitantes. Se calcula que en la Capital Federal y en el Gran Buenos Aires vive un tercio de la población. Se observan migraciones intrajurisdiccionales desde los departamentos suburbanos o

rurales hacia los que alojan a las ciudades capitales. Más de la mitad de la población urbana del país pertenece a aglomerados de más de 500.000 habitantes.

Mortalidad y morbilidad

En el período 1990–1995 la mortalidad registró variaciones favorables tendientes a su reducción. En 1995 se registraron 268.997 defunciones a nivel nacional, de las cuales 9.708 (3,6% del total de muertes) se categorizaron como mal definidas. La tasa de mortalidad general fue de 7,7 por 1.000 habitantes. La mortalidad materna, que había aumentado entre 1994 (3,9 por 10.000 nacidos vivos) y 1995 (4,4 por 10.000) experimentó una disminución cercana a 14,0% en 1995. Entre 1990 y 1995 la tasa de mortalidad infantil en el nivel nacional declinó 15,7%, registrando un valor de 22,2 por 1.000 nacidos vivos en el último año. Similar comportamiento se observa en la mortalidad neonatal y posneonatal, que en el mismo período mostró caídas de 14,7% y 16,0% respectivamente.

En 1995, la tasa de mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires fue de 13,1 por 1.000 nacidos vivos, en contraste con la de las provincias del Chaco y Formosa, ambas superiores a 30 por 1.000. Once provincias presentaron tasas de mortalidad infantil por encima del valor nacional. Las regiones del noroeste y del nordeste mostraron los valores más altos, aunque registraron progresivos descensos, a excepción de algunas jurisdicciones como Formosa, San Juan y Tucumán, en las que la tasa de mortalidad se incrementó. La provincia de Tierra del Fuego presentó los mejores valores, con 11,1 defunciones en menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos.

La mortalidad neonatal es superior a la posneonatal en todas las jurisdicciones. Predominan las defunciones ocurridas en la etapa neonatal precoz (10,8 por 1.000 nacidos vivos) respecto de la tardía (2,8 por 1.000). En cuanto a la tasa de mortalidad posneonatal, se observa un leve cambio de tendencia entre 1994 (7,6 por 1.000 nacidos vivos) y 1995 (8,1 por 1.000); a nivel nacional se incrementó en 6,2%. Este aumento se registró en todas las jurisdicciones, excepto en Chubut, Jujuy, La Rioja, Santa Fe y Tierra del Fuego. Las muertes neonatales reducibles por diagnóstico o tratamiento oportuno durante el embarazo y el parto, y en el recién nacido, sumaban 60% del total, mientras que las muertes posneonatales reducibles por prevención, por tratamiento, o por ambos, representaban 54,4% del total respectivo.

En cuanto a las muertes fetales, de 8.570, 65,2% correspondieron a la etapa tardía. La tasa de mortalidad fetal en 1995 fue de 13,0 por 1.000 nacidos vivos, con amplias diferencias regionales; dentro de esta categoría, dos tercios del total de defunciones presentaban bajo peso al nacer (< 2.500 gramos). Entre 1990 y 1995 el porcentaje de nacidos vivos con menos de 2.500 gramos de peso aumentó de 6,1% a 6,6% en

todo el país. El subregistro dificulta la identificación de las provincias con mayor incidencia de bajo peso al nacer.

El análisis de la mortalidad según sus principales causas y por sexo indica que la tasa nacional de mortalidad por enfermedades del corazón descendió de 10,9% entre 1990 (252,6 por 100.000 habitantes) y 1995 (227,7 por 100.000). En el mismo período, la tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares y accidentes también mostró un importante descenso con caídas de 16,7% (80,8 frente a 69,2 por 100.000 habitantes) y 16,4% (32,6 frente a 28,0 por 100.000) respectivamente. Los tumores malignos registraron un descenso de menor magnitud al pasar de 143,7 por 100.000 habitantes en 1990 a 141,6 por 100.000 en 1996.

Las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares son las causas de muerte más frecuentes para ambos sexos. En los varones, en 1995 la tasa de defunciones por enfermedades cardíacas fue de 244,5 por 100.000 habitantes, mientras que en las mujeres fue menor (206,4 por 100.000). También fueron más altas las tasas de mortalidad masculina por tumores malignos (157,6 por 100.000 frente a 124,1 por 100.000) y por enfermedades cerebrovasculares (70,4 por 100.000 habitantes frente a 66,5 por 100.000). Los accidentes constituyeron la cuarta causa de muerte en los hombres, con 6.766 defunciones (39,7 por 100.000 habitantes) sobre un total general de 9.740 accidentes. En las mujeres la tasa de mortalidad específica fue de 16,1 por 100.000 habitantes.

El cambio más notorio en el perfil de mortalidad es la importancia que adquieren las defunciones por neumonía e influenza, que se ubicaron como quinta causa de muerte entre los hombres, desplazando a las afecciones del período perinatal, mientras que para las mujeres, las muertes por neumonía e influenza, que en 1990 representaban la sexta causa, pasaron a ocupar la cuarta posición en 1995. Este fenómeno comienza a advertirse desde 1994. Merece destacarse asimismo la importancia que adquiere en 1995 la mortalidad por causas infecciosas en las mujeres.

La mortalidad infantil tiene como principal causa las afecciones originadas en el período perinatal, con 7.125 defunciones, que representan 50% del total de causas en los menores de 1 año. La tasa de mortalidad específica se redujo 17,1% entre 1990 (1.267,2 por 100.000 nacidos vivos) y 1995 (1.081,6 por 100.000). La segunda causa son las anomalías congénitas (396,8 por 100.000). En 1990–1995 las muertes por neumonía e influenza (690 en 1995) se redujeron 5,7%. Las enfermedades infecciosas intestinales pasaron de la cuarta a la sexta posición.

En el grupo de 1 a 4 años la mortalidad por accidentes (16,9 por 100.000 habitantes) superó en gran magnitud a las otras causas. Si bien entre 1990 y 1995 se observa un descenso de 28,9% en la mortalidad por esta causa, en 1995 se produjeron 458 defunciones (21,4% del total de las muertes),

de las cuales alrededor de 45% fueron por accidentes de tráfico y en el hogar. Ese año el riesgo de morir por neumonía e influenza también se redujo en casi 22,0%, lo que ubicó a este grupo de causas en el cuarto lugar. La mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales registró asimismo una reducción, y estas ya no figuran entre las cinco primeras causas de muerte. La disminución proporcional de las defunciones por las principales causas determinaría el aumento relativo de la mortalidad por anomalías congénitas y por enfermedades del corazón.

En el grupo de 5 a 14 años la primera causa de muerte son, con gran diferencia, los accidentes, con 571 defunciones en 1995 (8,6 por 100.000 habitantes). No obstante, entre 1990 y 1995 la tasa de mortalidad por esta causa disminuyó 26,7%. Los tumores malignos constituyeron la segunda causa de muerte (3,7 por 100.000 habitantes). La mortalidad por cáncer se redujo 45,9% (244 muertes).

En el grupo de 15 a 49 años, las enfermedades del corazón y los tumores malignos representaban la primera y segunda causa de muerte en 1990, con tasas de 33,8 y 33,7 por 100.000 habitantes respectivamente. En 1995 se registró una menor mortalidad por esta causa y los tumores pasaron a ocupar el primer lugar (31,1 por 100.000 habitantes), desplazando a las enfermedades cardíacas (27,9 por 100.000). Los accidentes permanecieron como tercera causa de muerte (25,1 por 100.000).

En el grupo de 50 a 64 años, la mortalidad por enfermedades del corazón y por tumores malignos presentó un comportamiento similar al del grupo de edad anterior, con una notable reducción de la mortalidad por enfermedades del corazón entre 1990 y 1995 (340,8 por 100.000 habitantes y 289,3 por 100.000 respectivamente). La mortalidad por tumores malignos, aunque se redujo en menor magnitud, pasó a ser la primera causa de muerte.

En la población de 65 y más años, las enfermedades del corazón siguieron siendo la primera causa de muerte en el período 1990-1995. Los tumores y las enfermedades cerebrovasculares constituyeron la segunda y tercera causas de muerte, y la neumonía e influenza incrementaron su mortalidad 21,0%.

El análisis de la mortalidad según el indicador de años potenciales de vida perdidos (APVP) por las principales causas de muerte, muestra que entre 0 y 64 años como límites, los accidentes constituyen la primera causa, y las afecciones originadas en el período perinatal y las enfermedades del corazón se desplazan a la segunda y tercera posición respectivamente. Los accidentes y las afecciones perinatales representan el costo productivo y reproductivo más alto, ya que por ellos se pierden en promedio 53,6 y 63,5 años potenciales de vida por cada muerte respectiva. Si no se considera a los menores de 1 año en el cálculo de APVP, los accidentes continúan en la primera posición, pero el hecho más significativo es la aparición de los suicidios en la quinta posición. Las defunciones por

causas externas significan en promedio 50 y 32 APVP respectivamente por cada muerte específica.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

A los fines de este análisis, el mayor problema lo plantea la obtención de datos sobre morbilidad, dado que no está generalizada la práctica del registro de consultas ni se realizan encuestas periódicas sobre la salud de la población.

La salud del niño

De las 14.606 defunciones en menores de 1 año registradas en 1995, 56,2% correspondieron a varones. Entre 1990 y 1995, las afecciones originadas en el período perinatal continuaron como primera causa de muerte, con 48,8% de las defunciones, aunque su tasa de mortalidad específica disminuyó 17,1%. Las muertes por neumonía e influenza aumentaron casi 6,0% y las causadas por infecciones intestinales perdieron importancia. Se produjo un incremento de defunciones por anomalías congénitas, quizás aparente debido a la disminución relativa de las otras causas. La mortalidad por accidentes pasó del quinto lugar en 1990 al cuarto en 1995. Si bien solo representaron 4,0% del total de las muertes, el riesgo de los menores de 1 año de morir por accidentes se incrementó en forma notable. De los egresos de los establecimientos oficiales se puede delinear una imagen, aunque parcial, de la morbilidad que afecta a este grupo, en el que las afecciones originadas en el período perinatal, las enfermedades infecciosas intestinales y la neumonía suman 60,3% del total.

En los niños de 1 a 4 años se produjeron 2.142 defunciones, 54,3% en varones. La tasa de mortalidad específica se redujo de 1,2 por 1.000 habitantes en 1990 a 0,8 por 1.000 en 1995. El predominio de la mortalidad por causas reducibles sobre las no reducibles pone de relieve la insuficiencia de la atención integral de este grupo de población. La morbilidad en esta franja de edad, de acuerdo con el registro de egresos de los establecimientos asistenciales oficiales, muestra que en 1992, 43% de los casos correspondieron a enfermedades del aparato respiratorio y a infecciones intestinales. Una encuesta realizada en 1994 en ocho grandes centros urbanos indicó que más de dos tercios de los niños de todas las jurisdicciones habían consultado por episodios de catarro de vías aéreas superiores.

En los niños de 5 a 9 años de edad, si bien la cantidad de defunciones es mucho menor en comparación con otros grupos de la infancia, los accidentes siguen predominando ampliamente como causa de mortalidad. La proporción de varo-

nes afectados es significativamente mayor que la de mujeres. Los 251 accidentes registrados en 1995 representaron 28,6% de las muertes totales en el grupo; más de un tercio fueron accidentes de tráfico. Los tumores malignos (147 casos en 1995), en especial los de origen linfático y hematopoyético, constituyeron la segunda causa de muerte.

En provincias del norte argentino se detectó desnutrición crónica moderada en niños que ingresaban a primer grado. La provincia de Jujuy mostró una prevalencia de 11,8%. En jurisdicciones más pobladas este fenómeno es de menor magnitud, registrándose una prevalencia de 4% en Córdoba, La Pampa, Rosario, Mendoza y Río Negro. Según registros de establecimientos asistenciales oficiales, las enfermedades del aparato digestivo y del aparato respiratorio representan la cuarta parte de los egresos. Las fracturas figuran como el tercer diagnóstico, lo que permite inferir que expresan la morbilidad por accidentes.

La salud del adolescente (de 10 a 19 años)

En los adolescentes de 10 a 14 años se produjeron 1.064 defunciones en 1995. En este grupo, el riesgo de morir por accidentes es mayor que en el anterior y las defunciones por accidentes de tráfico adquieren mayor peso (130 casos en 1995). En general, el perfil de mortalidad y morbilidad es similar al del grupo de 5 a 9 años, con la particularidad de que los suicidios y homicidios comienzan a cobrar importancia como causa de muerte, con 32 y 14 casos respectivamente. Casi dos tercios de las defunciones correspondieron a varones.

La salud de los jóvenes de 15 a 19 años está en relación con ciertas características de su comportamiento, debido a que se encuentran más expuestos al riesgo que representa el consumo de tabaco, alcohol y drogas psicoactivas, y su traducción en muertes por accidentes, homicidios y suicidios. La iniciación sexual, que se produce entre los 15 y los 19 años para el 50% de la población, se asocia con las enfermedades de transmisión sexual, el sida y los embarazos no deseados.

En 1995, las causas de muerte más frecuentes fueron las externas y dentro de ellas, la tasa de mortalidad específica por accidentes de tráfico fue de 23,8 por 100.000 habitantes, por suicidio 10,3 por 100.000, y por homicidio 8,8 por 100.000. Las tres primeras causas representaron 29,7% de las defunciones en este grupo de edad, con una razón hombre/mujer de 3:1. Los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares constituyeron la segunda y tercera causa de muerte respectivamente. La mortalidad por causas obstétricas fue menor que 3,0 por 10.000 nacidos vivos.

Los egresos por causas obstétricas ocuparon el primer lugar en los establecimientos oficiales; el segundo correspondió a los abortos. Los egresos por enfermedades del aparato digestivo ocuparon el tercer lugar.

La salud del adulto (de 15 a 60 años)

Las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y los accidentes fueron las causas de muerte más frecuentes en los adultos. Hasta los 30 años, y entre las causas externas, predominaron las muertes por accidentes, seguidas por los suicidios (574 casos en 1995). A partir de los 30 años se observa un cambio en el perfil de la mortalidad, caracterizado por un desplazamiento hacia las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos como causas principales. Los varones aportaron más de 50% de las defunciones.

La información sobre el uso de anticonceptivos es parcial y se basa en una encuesta realizada en la Capital Federal, el Gran Buenos Aires y otros seis centros urbanos del interior del país. En promedio, alrededor de 60% de las mujeres utilizan algún método anticonceptivo; sin embargo, en los menores de 20 años el porcentaje se reduce en forma significativa a valores entre 30% y 50% cuando se desciende en el nivel de educación formal y cuando se incrementa el índice de NBI. La razón parto/cesárea oscila entre 1,8 y 4,4 partos por cesárea en los distritos considerados.

De las 290 muertes maternas registradas en 1995, dos tercios se produjeron por causas obstétricas directas, en las que los factores de riesgo evitables son superiores a 80%. Por causas obstétricas indirectas el factor evitable es superior a 50%. La situación es más grave ya que se estima un subregistro de más de la mitad de estas defunciones. La tasa de mortalidad materna fue de 5,9 por 10.000 nacidos vivos en 1985 y de 4,4 por 10.000 en 1995, lo que supone una reducción de 34,1%. Aun así es alta si se considera que entre 1990 y 1995, 96,0% de los partos se atendieron institucionalmente. En las regiones del noroeste, del nordeste y de Cuyo la edad materna es menor y la fecundidad más elevada que el promedio nacional (tasa global de fecundidad de 2,58 para el período 1990–1995). Estas diferencias regionales son importantes y el hecho de que 11 provincias tengan una tasa de mortalidad materna superior a 5,0 por 10.000 nacidos vivos pone de relieve la gravedad del problema. Las tasas de mortalidad materna más elevadas se atribuyen al aborto y a causas obstétricas directas. Dentro de estas últimas, 70% de las muertes ocurrieron después de una cesárea y la complicación más importante fue la sepsis; ambas causas, evitables, concentran 67,3% de las muertes maternas. El mayor riesgo correspondió a las madres menores de 15 años y a las mayores de 35 años. Casi las tres cuartas partes de las muertes ocurrieron en mujeres pertenecientes a la clase o estrato social definido como bajo.

La morbilidad que reflejan los registros de los establecimientos asistenciales oficiales presenta un patrón similar al del grupo de 15 a 24 años, con un claro predominio de las causas obstétricas y el aborto, que representan 20,8% de los diagnósticos. En el tercer lugar aparecen las enfermedades

de tipo digestivo, como la úlcera gastroduodenal, la apendicitis, los trastornos de la vesícula biliar y la cirrosis hepática.

La salud del adulto mayor (de 60 años y más)

Las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares constituyen las tres primeras causas de muerte. En general, las tasas de mortalidad han mostrado una reducción significativa. En 1995 se evidencia un importante cambio en el perfil de la mortalidad, ya que los tumores malignos, con una tasa de 922,3 por 100.000 habitantes, pasaron a ser la causa predominante, probablemente debido a la importante declinación de las defunciones por enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, que entre 1990 y 1995 disminuyeron 10,9% y 16,9% respectivamente (1.850,4 por 100.000 habitantes y 539,7 por 100.000). Sin embargo, más de la mitad de las muertes en este grupo siguieron siendo patrimonio de las enfermedades del corazón y de los tumores malignos.

Otro fenómeno llamativo es el aumento de la mortalidad por neumonía e influenza, que condujo a este grupo de causas del quinto lugar en 1990, al cuarto cinco años después (208,0 por 100.000 en 1995). Las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares sumaron 63,2% de las causas de muerte en 1995, seguidas por la neumonía e influenza, que proporcionalmente solo representó 4,0% del total.

Respecto de la morbilidad, según datos estadísticos del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Plan de Asistencia Médica Integral (INSSJyP/PAMI): obtenidos en una muestra de 500.000 afiliados y referidos a la internación en los tres sectores de la atención médica (público, de la seguridad social y privado), los principales diagnósticos mostraron que las enfermedades del aparato digestivo y las cardiopulmonares y respiratorias concentraban 29% de los egresos. El perfil por sexo muestra mayor incidencia de enfermedades genitourinarias y respiratorias en los hombres y de enfermedades endocrino-nutricionales (especialmente diabetes mellitus) y traumatismos en las mujeres. En las consultas ambulatorias, la morbilidad prevalente es la cardiovascular, seguida por la osteoarticular y la endocrino-metabólica. En los hombres predominan las consultas especializadas sobre el aparato urinario, y en las mujeres las osteoarticulares.

La salud de la familia

El Consejo Nacional del Menor y la Familia, de la Secretaría de Desarrollo Social dependiente de la Presidencia de la República, realiza acciones en todo el país orientadas en es-

pecial a las madres menores de edad. En el período 1985–1993 el porcentaje de niños nacidos de madres menores de 19 años pasó de 13,3% a 15,7%. Las provincias con mayor porcentaje de madres adolescentes (> 20%) son Catamarca, Chaco, Corrientes y Misiones. Respecto del nivel de instrucción, 1,1% eran analfabetas y 11,8% tenían estudios primarios incompletos.

La salud de los trabajadores

Datos del Ministerio de Trabajo basados en una amplia muestra de empresas revelan que entre 1991 y 1993 las industrias alimentaria y metalúrgica presentaron la mayor frecuencia de accidentes laborales. En ese período, los accidentes laborales se incrementaron 5%. A excepción de las industrias textil y de minerales no metálicos, en las demás industrias el riesgo de accidentes parece haber aumentado en esos años, lo que se atribuye a la mejor notificación por parte de las empresas.

Entre las denominadas enfermedades profesionales, los trabajadores del transporte, sujetos a condiciones de alto estrés, presentan una elevada incidencia de trastornos psiquiátricos; en los operarios de la construcción predominan las afecciones articulares, las respiratorias, y el riesgo de adicción al alcohol. Las industrias metalúrgica y alimentaria concentran 47,1% de las enfermedades profesionales, con elevadas tasas de incidencia. Sin embargo, aunque son menores en magnitud, los riesgos de enfermedades profesionales más altos se encuentran en los servicios de saneamiento y en las industrias metálicas básicas; le siguen las industrias metalúrgica, de minerales no metálicos y de la construcción.

Se estima que 200.000 niños y adolescentes de 10 a 14 años integraban la fuerza de trabajo en la Argentina en 1995; otros 24.000 de grandes centros urbanos realizaban actividades marginales como mendicidad, venta de pequeñas mercancías, o pequeños servicios.

La salud de los indígenas

Las estadísticas de salud de la Argentina no discriminan la pertenencia étnica, lo que impide contar con la información necesaria para realizar un diagnóstico preciso de situación de salud de la población indígena; no obstante, la experiencia de programas locales como los de Prevención y Control del Cólera, Prevención y Control del Chagas, Saneamiento Ambiental y del Plan Materno-infantil, entre otros, revela el deterioro de sus condiciones de salud. La epidemia de cólera, que afectó en particular a las comunidades indígenas, dio impulso a un convenio entre el Ministerio de Salud y Acción Social, el Ministerio de Trabajo y la seguridad social, los gobiernos pro-

vinciales y las organizaciones aborígenes. Este acuerdo dio origen al programa Salud para los Pueblos Indígenas, que comenzó a ejecutarse en las provincias del norte desde enero de 1994. El programa equipó y capacitó a 250 agentes sanitarios indígenas que realizaron actividades de atención primaria de salud en sus comunidades y que progresivamente se fueron integrando a los equipos locales de salud. Inicialmente la cobertura comprendía a comunidades en riesgo que sumaban 40.000 personas.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. El 86% de la superficie continental del país está en riesgo de contaminación vectorial por *Triatoma infestans*. Las medidas de control de la transmisión de la enfermedad de Chagas-Mazza han logrado disminuir significativamente la infestación domiciliar; existen amplias zonas donde esta se estima en 4%. En la provincia de Santiago del Estero, como la más afectada por la endemia, los casos agudos han disminuido en 90% desde la década anterior. La prevalencia serológica en la población general es menor que 8%. El 13% de la población infectada tiene menos de 20 años y los mayores de 60 años presentan las tasas más altas (> 10%). En 1996, la prevalencia serológica en bancos de sangre fue de 3,7%. La menor proporción de infectados en los jóvenes se debe a una disminución de la transmisión de *Trypanosoma cruzi* lograda mediante estrategias de control del vector y de controles serológicos en los bancos de sangre iniciadas en la década de 1980. El beneficio de estas acciones se observó en la modificación de la prevalencia serológica en varones de 18 años incorporados al Servicio Militar, que pasó de 10,3% a fines del decenio de 1960 a 1,8% en 1993.

El programa de lucha contra la enfermedad de Chagas busca aumentar la cantidad de viviendas rociadas con insecticidas e incentivar las acciones de vigilancia y control para lograr como objetivo final la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad. La meta del programa de rociar 685.000 viviendas en 1996 se cumplió en 90%.

La fiebre hemorrágica argentina, que presentaba una tendencia declinante desde 1988, experimentó un aumento de su incidencia hacia 1990, con 727 casos registrados y una tasa de 2,2 por 100.000 habitantes. Se duplicaron los casos en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, para luego reducirse y estabilizarse en los años subsiguientes. En 1995 se notificaron 65 casos, con una tasa de 0,3 por 100.000 habitantes. Esta importante declinación se atribuye a CANDID 1, una vacuna de virus vivos atenuados desarrollada en el marco de un proyecto de cooperación internacional.

La malaria, que mostraba una tendencia descendente desde 1989, sufrió una reagudización a partir de 1993. En 1995 se registraron 1.065 casos, pero con predominio de casos importados. Las provincias más afectadas fueron Jujuy, Misiones y Salta. Los casos autóctonos continúan disminuyendo, y el incremento de las cifras totales (tasa de incidencia de 3,3 por 100.000 habitantes en 1995) se debió fundamentalmente a casos importados por las frecuentes migraciones provenientes del sur de Bolivia. En 1996 se registraron 2.020 casos, manteniéndose la proporción de casos autóctonos (44,0%). En Salta, la provincia más afectada, persiste una endemia residual. Todos los casos de malaria notificados correspondieron a infección por *Plasmodium vivax*.

No se han presentado casos de fiebre amarilla. Desde 1946 se vacuna a grupos de riesgo. En 1995 se aplicaron 98.700 dosis de vacuna antiamarílica.

Enfermedades inmunoprevenibles. Desde 1991 los casos de difteria a nivel nacional no superaron los cinco por año. En 1996 no se notificó ninguno. La tos ferina ha declinado en el último lustro; en 1996 se registraron 737 casos (2,2 por 100.000 habitantes). En julio de 1994 se inició el programa de erradicación del tétanos neonatal; entre 1993 y 1996 se notificaron 26 casos.

En 1991 se produjo una importante epidemia de sarampión, con una tasa de 129,1 por 100.000 habitantes. A partir de la campaña de vacunación masiva de 1993 dirigida a menores de 15 años, se alcanzó una cobertura nacional promedio de 97% en menores de 1 año, lo que produjo una marcada disminución de casos; en 1995 se notificaron 655 (2,0 por 100.000 habitantes).

Respecto de la poliomielitis, el último caso notificado de poliovirus salvaje data de 1984. En junio de 1994 las autoridades sanitarias declararon erradicada esta enfermedad en todo el territorio nacional.

En 1992 el país sufrió una epidemia de parotiditis y rubéola, con más de 80.000 casos notificados para cada enfermedad. En los años siguientes los casos no superaron los valores esperados. Ambas enfermedades no estaban contempladas en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), pero estaba prevista su incorporación a partir de 1997.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. En enero de 1992 se notificaron los primeros casos de cólera en comunidades aborígenes de las zonas fronterizas de la provincia de Salta, lindantes con Bolivia. El germen aislado fue *Vibrio cholerae* O1, biotipo El Tor. En 1993 y 1994 se produjeron nuevos brotes epidémicos de cólera que afectaron principalmente a la población mayor de 15 años (56,5%) y al grupo de 1 a 4 años (23%-25%). Jujuy, y especialmente Salta, fueron las provincias más afectadas, con 94,3% del total de los casos. Tres zonas del norte de Salta cercanas a Bolivia fueron los

focos más importantes de la epidemia: Pilcomayo, Bermejo y San Martín, en ese orden. La incidencia alcanzó su pico más alto en 1993, con 2.080 casos (6,5 por 100.000 habitantes) y una tasa de letalidad de 1,6%; en 1995 se redujo a 188 (0,6 por 100.000 habitantes) y volvió a aumentar en 1996, con 474 casos (1,4 por 100.000). En los dos últimos años la tasa de letalidad se mantuvo en 1,1%.

Las enfermedades diarreicas se registraban en menores y mayores de 2 años, pero ante la necesidad de contar con parámetros que permitieran detectar en forma temprana la aparición del cólera, como el aumento de las diarreas en los mayores de edad, en 1992 se modificó el límite de edad de la notificación llevándolo a menores y mayores de 5 años. El constante incremento observado en la notificación de diarreas desde 1992 se atribuye a la mejoría en el registro.

La fiebre tifoidea registró a nivel nacional una leve declinación desde 1989 (1,1 por 100.000 habitantes) hasta 1996, con 275 casos (0,8 por 100.000 habitantes); por jurisdicción, las provincias con la incidencia más alta fueron Buenos Aires, Salta y Formosa, con tasas de 6,0 por 100.000 habitantes y más.

Infecciones respiratorias agudas. La incidencia de influenza en 1996 fue de 561.189 casos (161,4 por 10.000 habitantes). El aumento de las notificaciones en ese año se debió tanto al mejor registro como al crecimiento real de la morbilidad en las provincias de Santa Fe y La Pampa y en las del norte del país. Históricamente, la ciudad de Buenos Aires ha registrado la tasa más baja, con 9.777 casos en 1996 (32,3 por 10.000 habitantes). En 1993 se aisló el virus de influenza A (H3N2) y posteriormente el virus de influenza B, con cepa similar a la B/PANAMA/90. La ocurrencia de neumonía es mucho menor. La incidencia nacional en 1996 fue de 91.740 casos (26,4 por 10.000 habitantes), también con tendencia ascendente, en parte debido al mejoramiento de las notificaciones. La mayor incidencia volvió a registrarse en el norte del país.

Rabia. La rabia humana ha sido controlada gracias a los programas de prevención y vacunación animal, que redujeron la rabia animal en 99%. En 1994 se registró un caso de rabia humana, el primero desde 1985.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Desde la notificación de los primeros casos en 1982, la incidencia del sida crece cada año. De 720 casos en 1991 se pasó a 1.624 en 1995, y aún se estima un importante subregistro. La cantidad de casos estimada es por lo menos 40% mayor que la notificada. La prevalencia serológica del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en bancos de sangre es de 0,3%. La enfermedad está instalada en todas las jurisdicciones, pero la ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, con más de 60% de la población, registran

90% de los casos del país. El 75% de los casos de la provincia de Buenos Aires corresponden al Gran Buenos Aires y la mayor parte de los casos de Córdoba y Santa Fe provienen de las ciudades de Córdoba y Rosario.

Desde 1992 se comenzó a observar un patrón de cambio en la distribución por sexo, que pasó de 4,1 a 3,5 hombres por mujer en 1996. Sin embargo, en la provincia de Buenos Aires esa diferencia se redujo a tres casos masculinos por cada caso femenino; la mayor proporción de mujeres y menores se encuentra en esa jurisdicción, con 52% de los casos.

En el ámbito nacional, 61% de los enfermos tenían entre 20 y 34 años de edad. Hasta 1989 el grupo de edad más afectado era el de 30 a 49 años; el desplazamiento hacia el grupo más joven se atribuye al crecimiento de la transmisión sanguínea por el uso de drogas intravenosas. La edad promedio era de 33 años en los varones y 28 años en las mujeres.

La modificación del perfil de la epidemia está dada no solo por la importancia que han adquirido los casos en mujeres, que de cero casos en 1985 pasaron a representar 21,9% de los casos en 1996, sino también por el crecimiento constante de la drogadicción intravenosa como vía de transmisión. La transmisión sexual, que representaba casi 100% de los casos entre 1982 y 1985, descendió para estabilizarse en aproximadamente 50% de los casos en 1996; 40%–45% de los casos se transmiten por vía sanguínea, y de 5% a 10% son perinatales. En el período 1992–1996, 68,5% de los casos se asociaron con transmisión heterosexual, madre VIH positiva y drogadicción intravenosa.

Otras enfermedades de transmisión sexual como la sífilis y la blenorragia se han mantenido relativamente estables a lo largo del período, aunque la incidencia de la primera es mucho menor. No obstante, persiste un importante subregistro que impide conocer la situación real de la población en lo que se refiere a estas enfermedades. Cifras provisionales de incidencia para 1996 indican 1.339 casos de sífilis primaria y secundaria, 3.246 casos de sífilis sin especificar y 6.620 casos de blenorragia. La sífilis congénita comenzó a informarse en forma desagregada en 1994 y desde entonces las notificaciones se incrementaron hasta llegar a 275 casos en 1996. Este comportamiento se atribuye en parte al mejor registro. Las provincias de Misiones y Santa Fe presentaron la incidencia más elevada.

Enfermedades emergentes y reemergentes. Las meningocelalitis comenzaron a incrementarse en 1989. En 1993, La Pampa fue la provincia que registró la incidencia más elevada, con 79 casos (30,4 por 100.000 habitantes), seguida por Misiones, con 205 casos (26 por 100.000). En el nivel nacional se notificaron 3.793 episodios (11,2 por 100.000 habitantes). Por encima de la tasa nacional también se ubicaron Tierra del Fuego, Formosa, Buenos Aires, Tucumán, Chaco y Santa Fe. Los menores de 5 años fueron los más afectados (56,3%).

En cuanto a su origen, el porcentaje más elevado correspondió a meningitis bacterianas (alrededor de 69% del total), mientras que las virales aumentaron su participación a 20% del total en 1994. Desde 1991, la meningitis por *Neisseria meningitidis* comenzó a superar a la meningitis por *Haemophilus influenzae* (más de 45% de los casos entre 1993 y 1994). A *H. influenzae* correspondió cerca de 20% de los casos, con un leve aumento en 1994, y al neumococo un porcentaje similar. El meningococo afectó a las edades entre 0 y 9 años, predominando en el grupo de 1 a 4 años, mientras que *H. influenzae* lo hizo en los menores de 1 año y en el grupo de 1 a 4 años. La meningitis meningocócica se mantuvo alrededor de los 800 casos anuales desde 1993 y la incidencia de meningitis por *H. influenzae* se redujo a 300 casos en 1996.

En 1994 se inició un ensayo de inmunización con vacuna antimeningocócica AB cubana en la provincia de La Pampa. Se aplicaron 9.339 dosis a niños de 2 a 14 años, estimándose una cobertura de 82,5%. Aún no se han evaluado los resultados.

Los casos de síndrome pulmonar por hantavirus se notifican desde 1981 y hasta principios de 1997 los casos confirmados sumaban 81. De ese total, 39 (48,1%) ocurrieron en 1996, con una letalidad de 55%. Seis jurisdicciones notificaron casos, pero las provincias de Río Negro y Salta fueron las más afectadas.

El virus identificado en la Argentina, denominado Andes, es una variante del virus USA, causante de la epidemia en los Estados Unidos de América. La vía de transmisión demostrada es la del reservorio (un roedor silvestre del género *Oligoryzomys flavescens*) a las personas; sin embargo, se cree posible la transmisión de persona a persona, que se encuentra en estudio.

Con respecto a la hepatitis, las acciones que permitieron mejorar su registro se iniciaron en 1993, con la creación de una red de diagnóstico de laboratorio constituida por 14 Unidades Centinela Regionales de Hepatitis Virales y con la vigilancia intensificada de las notificaciones, discriminadas por tipo A, B, Otras y Sin Especificar. Actualmente la prevalencia serológica en bancos de sangre para hepatitis B y C es de 0,6% y 0,7% respectivamente. En 1993 se incrementaron las notificaciones de hepatitis A, lo que planteó un período epidémico en 1994, con una incidencia de 28.488 casos (87,4 por 100.000 habitantes), que fue aún mayor en 1995, con 32.880 casos (100,8 por 100.000). En cuanto a la hepatitis B, los datos de los bancos de sangre mostraron una prevalencia serológica de 0,6% en 1996, pero en poblaciones de riesgo como la de los trabajadores de la salud, el porcentaje se incrementó no solo por la mejor calidad del registro sino también por la detección previa a la campaña de vacunación contra la hepatitis B dirigida a los trabajadores de la salud expuestos a alto y mediano riesgo. Hasta el momento, la cobertura de vacunación alcanza a 60% de este personal, con una meta de 95%. Se vacuna también a los recién nacidos de madre HBsAg positiva y,

desde 1996, al personal de las Fuerzas Armadas y del Servicio Penitenciario. Para 1997 se tenía previsto inmunizar a niños de 0 a 16 años en las zonas de riesgo.

Enfermedades crónicas transmisibles. En 1991 se registraron 12.185 casos de tuberculosis, cifra que representa la incidencia más baja del quinquenio 1991–1995 (37,3 por 100.000 habitantes). En 1991 las notificaciones de tuberculosis comenzaron a incrementarse nuevamente, y en 1993 ocurrieron 13.914 casos (41,3 por 100.000 habitantes). Jujuy y Salta son las únicas provincias que superaron el centenar de casos por 100.000 habitantes. En 1995 se registraron 13.450 casos, lo que representa un descenso de 1,7% respecto de 1994 y de 3,4% respecto de 1993. No obstante, se sospecha que existe un alto subregistro. Las últimas informaciones alertan sobre la situación de la tuberculosis en relación con el aumento del número de casos, el descenso de las medidas preventivas y de diagnóstico bacteriológico, y el incremento de la resistencia farmacológica que, según informes, es de 12,4% en la resistencia inicial y 41,3% en la adquirida. La asociación de tuberculosis y sida presenta una tendencia creciente, y en 1996 la tuberculosis apareció en 17% de los casos de sida.

La lepra se mantuvo estable, con una incidencia anual de aproximadamente 500 casos (1,5 por 100.000 habitantes) a nivel nacional; las provincias de Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa y Santa Fe fueron las más afectadas.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Al respecto, solo existen estudios parciales y limitados, lo que dificulta realizar comparaciones y estimar indicadores nacionales. En el grupo de 1 a 6 años se han informado deficiencias de yodo y especialmente de hierro. Se señaló una prevalencia de 24% a 47% de niños con anemia por deficiencia de hierro, dependiendo de la jurisdicción, y fuertemente asociada con el nivel socioeconómico.

El trastorno nutricional más frecuente en preescolares y escolares es el retraso del crecimiento por desnutrición crónica, expresado como déficit de la talla para la edad. Se observan importantes diferencias regionales. Las regiones en las que se concentran estas deficiencias de talla son las provincias del noroeste y nordeste, y los cinturones periurbanos de las grandes ciudades. En la provincia de Buenos Aires, 8,5% de los escolares presentaban talla baja (por debajo del percentil 10), frente a 18%–24% en la región del noroeste y 16% en la del nordeste. Una evaluación antropométrica en varones de 18 años durante el reconocimiento médico para el Servicio Militar Obligatorio en el período 1992–1993, halló diferencias de estatura entre los de las pro-

vincias norteañas y de la Patagonia de hasta 8 cm por debajo de la talla promedio de la Capital Federal.

La prevalencia de desnutrición crónica medida por el índice de masa corporal (IMC < 18,5) fue de 4,2%, concentrándose también en las regiones del noroeste y del noreste. Paralelamente, la prevalencia de exceso de peso (IMC > 25) fue de 19,5%, y la de obesidad (IMC > 30) de 4,1%, lo que implica que el exceso de peso es el tipo de malnutrición más frecuente en la esfera nacional, y tiende a aumentar en prácticamente todas las provincias.

Enfermedades cardiovasculares. Además de los relacionados con la nutrición, se añade como factor de riesgo cardiovascular la prevalencia de hipertensión arterial, que en la población de 18 a 59 años alcanzaría a 13% de los varones y 7% de las mujeres. Asimismo, la proporción de fumadores varones y mujeres sería de 40% y 32% respectivamente. También se supone que existe una alta prevalencia de vida sedentaria que alcanzaría a 75% de la población. El infarto agudo de miocardio es la primera causa de morbilidad y mortalidad dentro del grupo de enfermedades del corazón (CIE 9, 390–429), con una tasa de 44 por 100.000 habitantes en 1995, y una razón de masculinidad de 2:1.

Tumores malignos. Entre 1985 y 1995, la mortalidad por tumores malignos se mantuvo relativamente estable, con una tasa global de 141,6 por 100.000 habitantes en el último año, lo que los ubica como segunda causa de muerte. La falta de un registro nacional de tumores impide obtener un perfil de la morbilidad por esta causa.

La tasa de mortalidad fue de 157,6 por 100.000 habitantes en los varones y de 124,1 por 100.000 en las mujeres. Los tumores de la tráquea, los bronquios y el pulmón ocuparon el primer lugar en los varones, con 24,3% del total, seguidos por el de próstata, con 11,0%. En las mujeres, el tumor más frecuente fue el de mama, con 21,2%, y luego el de colon, con 8,8% de las defunciones por esta causa.

El tumor de estómago constituye la tercera causa de muerte por cáncer en los varones. En las mujeres se observa un avance de las atipias de vías respiratorias y pulmón, que prácticamente pasan a ocupar el tercer lugar, superando al cáncer del cuerpo del útero y desplazando al tumor de estómago de las primeras causas de muerte en el capítulo de los tumores malignos.

Accidentes y violencia. Los accidentes ocupan el cuarto lugar como causa general de muerte. Si bien su tasa se redujo de 32,6 por 100.000 habitantes en 1990 a 28,0 por 100.000 en 1995, los accidentes aún constituyen un grave problema sanitario y son responsables de la pérdida de una importante cantidad de años de vida productivos (APVP estimados: 522.966). Su porcentaje de participación entre las cinco princi-

pales causas de muerte creció en los menores de 1 año, se mantuvo relativamente estable en el grupo de 1 a 4 años, disminuyó considerablemente en el de 5 a 14 años y se mantuvo estable en el grupo de 15 a 49 años. Existe una marcada participación masculina (4:1) en la mortalidad por accidentes (6.766 defunciones, que representan 69,4% del total). Del total de muertes por causas externas se destacan los accidentes de tráfico (3.797, 20,8%), los suicidios (2.241, 12,4%) y los homicidios (1.472, 8,2%). Estas tres causas sumaron 41,4% del total de muertes por causas externas en 1995. Sin embargo, la elevada cantidad de defunciones por lesiones que se ignora si fueron accidentales o intencionales (4.542 casos) indica que estos porcentajes pueden ser aún mayores.

Trastornos mentales y del comportamiento. La información sobre prevalencia de enfermedades mentales es muy escasa; solo se dispone de datos parciales provenientes de los establecimientos oficiales, según los cuales estas representan 2,5% del total de egresos, con predominio masculino. El grupo de 30 a 55 años de edad es el más afectado. Del total de egresos en el país, los trastornos mentales participarían en casi 5%.

En cuanto a la prevalencia del tabaquismo, diferentes estudios la hacen oscilar entre 40% y 50% para los varones y entre 25% y 35% para las mujeres. Es cada vez mayor el porcentaje de adolescentes que se inician en la adicción. Se estima que los mayores de 15 años consumen 1.500 cigarrillos per cápita por año. Del total de muertes en todos los grupos de edad (268.997 en 1995), 20% podrían atribuirse al consumo de cigarrillos, por su asociación directa como factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y el cáncer de las vías respiratorias.

Los estudios sobre prevalencia de alcoholismo son parciales e indican un alto porcentaje entre varones económicamente activos, que varía entre 30% y 50%. En los últimos años se detectó un aumento del consumo de alcohol en edades tempranas. En la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, 70% de los adolescentes consumen cerveza diariamente.

Desastres naturales y accidentes industriales. En 1995 se registraron 29 accidentes industriales que ocasionaron la muerte de 15 personas. En 1996 se registraron 24 accidentes en la industria química, 85% por derrame de productos químicos, 8,3% por escapes y 4,2% por incendios; de estos accidentes, 62,5% ocurrieron en operaciones de transporte y 37,5% en instalaciones fijas, ocasionando la exposición de 1.035 personas y la intoxicación de 19 de ellas.

Asimismo, el fenómeno de las inundaciones periódicas cobra importancia por la vulnerabilidad de buena parte de los habitantes de las zonas de riesgo y se ve agravado por el mal uso del suelo, la deforestación y las construcciones inadecuadas.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Las políticas nacionales de salud promulgadas en julio de 1992 plantean como líneas fundamentales el derecho de la población a la salud sobre la base de principios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad; el mejoramiento de la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica; el fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la salud con criterios de focalización poblacional, y la redefinición y reorientación del papel del Estado en función de los procesos de federalización y descentralización. En este contexto, se adoptaron medidas orientadas a transformar el funcionamiento del sistema de atención médica, sobre todo relacionadas con la reconversión de las obras sociales, y se pusieron en marcha el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, el Programa de Hospitales Públicos de Autogestión y el Plan Médico Obligatorio (PMO). A la vez, se privilegiaron las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante la ejecución de diversos programas y de intervenciones colectivas epidemiológicas y preventivas, entre los que se destacan el análisis sobre las enfermedades prevalentes y los programas y las campañas de inmunización. Como estrategias relevantes en este sentido, cabe mencionar los programas de erradicación de la poliomielitis, el sarampión y el tétanos, los de combate y eliminación del cólera y la enfermedad de Chagas, y de lucha contra el sida, y las acciones en pro de la maternidad y la infancia.

Los cambios en el sector salud fueron precedidos por la reforma del sistema de previsión social, que se basó en la creación de un sistema mixto con dos componentes, el obligatorio y el voluntario. El primero de ellos presenta a su vez dos modalidades: una administración estatal, con objetivos de redistribución y seguro, que garantiza un beneficio mínimo uniforme y se financia mediante impuestos (régimen de reparto), y una administración privada, con objetivos de ahorro y seguro, ya sea mediante un plan de ahorro individual en el que solo contribuye el asegurado o un plan auspiciado por una empresa, en el que contribuyen tanto el asegurado como el empleador, con capitalización plena e individual y regulado por el Estado (régimen de capitalización). El componente voluntario, similar en todos los demás aspectos al de capitalización, se financia solo con las contribuciones del asegurado.

Entre 1995 y 1996 se diseñó un nuevo sistema para la protección contra los riesgos del trabajo, basado en el funcionamiento de operadores privados, con objeto de disminuir la vulnerabilidad del sistema anterior, basado en la responsabilidad individual del empleador. El nuevo sistema cambió por completo las normas existentes y puso en funcionamiento un conjunto de regulaciones, disposiciones y mecanismos que permitieron su estructuración, en poco tiempo, con 43 asegu-

radoras de riesgo de trabajo, 380.000 empresas afiliadas y alrededor de 3,5 millones de trabajadores. Más de 24.000 trabajadores reciben mensualmente las prestaciones que fija la legislación. Bajo la supervisión de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, vinculada al Ministerio de Trabajo y a la seguridad social, el nuevo sistema busca extender la cobertura más allá del mercado formal de trabajo, a la vez que perfecciona el sistema de información sobre siniestros y difunde la base de toda la iniciativa, que es la prevención y obligatoriedad de los planes de mejoramiento de las condiciones y ambientes de trabajo.

La reforma del sector salud

La actual reforma sanitaria atiende a un objetivo macroeconómico que busca reducir los costos de producción. En el sector salud se están produciendo cambios microeconómicos profundos, por ejemplo, la incorporación de nuevos actores (aseguradores) y la creciente aparición de nuevos intermediarios y formas de contratación que redimensionan las relaciones con el sector privado.

En el pasado reciente, los mecanismos de transferencia y redistribución consagrados eran las prestaciones igualitarias y de aportes de porcentaje fijo sobre la nómina salarial, el Fondo de Redistribución de las obras sociales, y la transferencia real por parte de los empleadores de aportes adicionales para cubrir los costos de los servicios médicos. En el sistema de obras sociales la asignación de recursos estaba vinculada con la relación contractual entre la organización financiadora y la institución representativa de la oferta, ya sea la gremial médica o la que agrupaba a las clínicas y sanatorios privados. La relación contractual predominante se definía por el pago por prestación o por acto médico ya realizado.

La Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) regula los precios relativos mediante el nomenclador nacional, estableciendo valores ponderados por tipo de servicio, asegura el cumplimiento de normativas y regulaciones, administra los subsidios del Fondo de Redistribución de las obras sociales, y destina recursos a los hospitales públicos, instituciones a las que suelen acudir los beneficiarios de las obras sociales. Esto ha dado lugar a comportamientos tendientes a eludir los mecanismos de regulación mediante la facturación de prácticas no realizadas, el aumento de la cantidad de prestaciones no necesarias o el cobro de una diferencia a los usuarios.

El pago por prestación y la insuficiente estructura de control de gestión por parte de las obras sociales produjeron en el interior del sistema una serie de incentivos en los que la sobreprestación, la sobrefacturación, el desarrollo de subespecialidades y la incorporación de tecnología constituyeron una forma de organización del proceso de atención médica con

una estructura asistencial curativa de costos en aumento. El crecimiento del sector privado y la progresiva introducción de tecnología condujeron a un estado de saturación de la oferta del sistema prestador de servicios, con lo que resultó prácticamente imposible mantener financieramente la estructura prestadora en expansión. La crisis originó la necesidad de crear nuevas fuentes de financiamiento, lo que se tradujo en el pago creciente por parte del afiliado de las prestaciones de menor complejidad y costo, desarrollándose la modalidad de prepagos institucionales por parte de los propios prestadores de servicios.

De un sistema de facturación, liquidación y pago por acto médico se pasó a un sistema capitado en el que el riesgo se concentra en la organización prestadora de servicios médicos. En resumen, el subsector privado aumentó su participación en la provisión de servicios de atención de salud, mientras que la contribución del subsector público y de las obras sociales disminuyó a causa de la contracción fiscal, el descenso de los niveles salariales, el desempleo y la reducción de los aportes patronales.

En 1993 se institucionalizó el traspaso de afiliados entre las obras sociales. El Programa de Reconversión de las Obras Sociales (PROS) y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP/PAMI) iniciado en 1995 buscó el saneamiento financiero de estas entidades para que pudieran cancelar las deudas "elegibles" y establecer nuevas estrategias de contratación con otro modelo prestacional, garantizando su viabilidad, el equilibrio financiero y el repago de las obligaciones contraídas. El Decreto No. 206/97 extendió el plazo para el ingreso de las obras sociales al PROS, fijó como plazo máximo el 30 de abril de 1997 y trasladó al 30 de agosto del mismo año la opción de cambio para los beneficiarios entre las obras sociales que presenten documentación precalificatoria y una propuesta de modernización institucional en el marco del PROS. Según datos de la Administración Nacional de la seguridad social (ANSES), hasta mayo de 1997 se habían registrado aproximadamente 150.000 pedidos de cambio. El PAMI, dedicado a la cobertura de servicios de salud de los jubilados y sus familias, se incorporó en 1995 al presupuesto nacional mediante un mecanismo de intervención del Poder Ejecutivo Nacional, que en marzo de 1997 dio por concluida la intervención normalizadora. La conducción estará en manos de sus exclusivos beneficiarios, los jubilados.

La reconversión de las obras sociales condujo a la concepción del Plan Médico Obligatorio (PMO). Para el desarrollo, negociación y puesta en marcha de la propuesta se formó una Comisión integrada por el Ministerio de Salud, la ANSSAL y la Confederación General del Trabajo (CGT). A fines de 1996, el PMO aprobado estableció la libre elección cautiva entre las obras sociales. En enero de 1997, la Ley No. 24.754 (normativa para el sector privado) extendió la exigencia de cubrir el PMO a las entidades de seguro voluntario. La ley rige hoy por

encima de los contratos vigentes y cualquier usuario puede exigir la cobertura que establece el PMO, que comprende trasplantes, servicios odontológicos, atención a hemofílicos, diálisis para pacientes crónicos y atención psicológica. El PMO se considera la pieza clave del proceso de reforma del seguro obligatorio, ya que define el producto por cuya oferta las obras sociales entrarán en competencia.

A partir de la fusión de la ANSSAL, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), se creó la Superintendencia Nacional de Servicios de Salud en la órbita del Ministerio de Salud y Acción Social, como organismo descentralizado. Este ente, que goza de autarquía administrativa, económica y financiera, cumplirá las funciones de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud. Esta Superintendencia orientará su acción hacia la fiscalización del PMO y del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica en los entes comprendidos por el sistema, el control del cumplimiento de las disposiciones relativas al Hospital Público de Autogestión y la supervisión del cumplimiento del ejercicio del derecho a elegir libremente la obra social.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El sistema de servicios de salud comprende tres modelos: el público, con financiación y provisión públicas, el de la seguridad social, que corresponde a las obras sociales nacionales, y el privado, de seguro voluntario prepago, que se organiza según los cálculos de riesgo actuarial. El sistema está fundamentalmente orientado hacia la atención médica reparativa de la enfermedad y centrado en la institución hospitalaria. En la mayoría de las jurisdicciones en las que se impulsó, la estrategia de la atención primaria de salud se organizó como "programas" del primer nivel de atención. No obstante, tanto la política nacional como la de las provincias y los municipios mantienen la definición de la atención primaria de salud como estrategia básica.

El subsector público u oficial provee los servicios a través de la red pública. En 1991 culminó el largo proceso de descentralización hospitalaria y se confirió flexibilidad administrativa a los directores. Las autoridades locales privatizaron actividades de servicios tales como los de alimentación y limpieza, y la autogestión les permitió cobrar a las obras sociales por los servicios brindados a sus afiliados o a las personas con capacidad de pago. El Ministerio de Salud y Acción Social transfirió efectivamente a las provincias y municipios los servicios de atención médica que aún permanecían bajo su jurisdicción, pasando a cumplir funciones de planificación y

evaluación central. Esto comprendió mejoras en términos de planificación, estadísticas, análisis de información, bancos de datos, informatización de los sistemas y comunicaciones entre las provincias y el nivel central.

En diciembre de 1996 se realizó una reestructuración del Ministerio de Salud y Acción Social, que quedó constituido por la Secretaría de Políticas y Regulación de Salud y la Secretaría de Programas de Salud. Los organismos descentralizados dependientes de la Secretaría de Políticas y Regulación de Salud son el INSSJP, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica y la Superintendencia Nacional de Servicios de Salud. Entre los organismos descentralizados dependientes de la Secretaría de Programas de Salud se cuentan la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos Malbrán”, el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el Centro Nacional de Reeducación Social (CENARESO), el Instituto Nacional de Rehabilitación y Promoción de Personas con Discapacidad, el Hospital Nacional “Baldomero Sommer”, el Hospital Nacional “Profesor A. Posadas” y la Colonia Nacional “Dr. Manuel Montes de Oca”.

Las obras sociales están organizadas como un sistema de seguro social obligatorio que incluye, además de las prestaciones de servicios de salud, otros beneficios sociales. Se financian con los aportes de los trabajadores y de los empleadores. Muchas de ellas no proveen servicios en forma directa, pero realizan subcontrataciones con el sector privado. Existen alrededor de 300 entidades (obras sociales sindicales y de personal de dirección). Con aproximadamente 10% del total de las contribuciones se constituyó el Fondo de Redistribución, administrado por la ANSSAL, que subsidia a las entidades con menores aportes. En 1994 las obras sociales manejaban US\$ 2.500 millones. Se espera que al final de la reforma queden en funcionamiento no más de 80 obras sociales que hayan ingresado y aceptado los procesos de modernización institucional. El Gobierno impulsa la desregulación del sector para facilitar la competencia de las obras sociales entre sí y con las compañías de salud privadas (prepagas), estimular la elección de la obra social por parte de los afiliados y garantizar que todas brinden una cobertura obligatoria que incluye las principales prestaciones, diagnósticos y tratamientos (PMO).

En 1993 se transfirieron a la Dirección General Impositiva (DGI) las funciones de aplicación, recaudación y ejecución judicial de los recursos de la seguridad social, entre los que se encuentran los aportes y contribuciones con destino al régimen de las obras sociales. Desde fines de 1996, la DGI, la ANSES y la ANSSAL trabajaron con el propósito de confeccionar un padrón de afiliados que actualmente acompaña la puesta en práctica de tales planes.

El subsector privado está compuesto por dos grandes grupos, los profesionales que prestan servicios independientes a

pacientes particulares asociados a obras sociales o a sistemas privados de medicina prepaga y los establecimientos asistenciales contratados por las obras sociales. Hay también entidades sin fines de lucro. En los últimos años, grandes proveedores de servicios se unieron y algunas pequeñas firmas desaparecieron ante la imposibilidad de alcanzar economías de escalas. Los proveedores privados están fundamentalmente concentrados en las grandes ciudades. La privatización de los sistemas de retiro a través de los fondos de pensión (AFJP) impulsó también el desarrollo de servicios relacionados, vinculando salud, retiro y seguros de vida.

Hay más de 200 empresas prepagas de medicina privada (su número exacto es difícil de conocer por la falta de registro). Se estima que cuentan con 2 millones de beneficiarios. Los decretos de desregulación de las obras sociales y control de la medicina prepaga firmados en octubre de 1996 permiten a las empresas de medicina privada actuar como obras sociales. En consecuencia, están sujetas al mismo tipo de control que aquellas, deben contar con solvencia económica y financiera y reunir requisitos de atención médica.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

El actual proceso de reforma requirió el desarrollo de legislación tendiente a la organización, regulación, fiscalización y control del sector. Se dictaron leyes, decretos, resoluciones y ordenanzas en relación con la aprobación de las políticas de salud, las modificaciones de la estructura del Ministerio de Salud, la creación de organismos a cargo de nuevos programas o funciones de supervisión, fiscalización y control, el funcionamiento de las distintas organizaciones del sector salud (hospitales públicos de autogestión, obras sociales, PAMI y subsector privado), el régimen de medicamentos y alimentos y el control del medio ambiente. Este cuerpo legal presenta en algunos casos problemas de falta de reglamentación, dispersión de las estructuras de aplicación, conflictos por responsabilidades compartidas con otros niveles jurisdiccionales con incipiente coordinación y que, por la naturaleza federal del país, adoptan las normas y procedimientos generados a nivel nacional, entre otros.

El papel regulador del Estado se expresa en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en los procedimientos instaurados para mejorar la certificación y recertificación de los profesionales de la salud. En ambos casos, se ha convocado a entidades académicas, científicas, universitarias y de profesionales, así como a prestadores de servicios de salud, a participar en la elaboración de normas para regular los aspectos diagnósticos, terapéuticos, de procedimientos, organización y funcionamiento de los servicios de salud. Entre los proyectos de regulación surge como necesidad vital para el sector la búsqueda consensuada de los as-

pectos relacionados con la acreditación de especialidades, la certificación y recertificación de los profesionales, la homologación de títulos y los acuerdos interinstitucionales requeridos para el rediseño de programas académicos y de educación en servicio.

El componente de Control del Ejercicio Profesional del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica se relaciona con el desempeño profesional de todo el equipo de salud e implica la especialización, matriculación, certificación y recertificación profesional. Con objeto de proveer insumos para tales procesos, el Ministerio de Salud ha trabajado junto con la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina, la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Médica Argentina, la Confederación Médica de la República Argentina, el Ministerio de Educación, los colegios médicos y las sociedades científicas, para la adecuación del proceso de desarrollo del recurso humano integrante del equipo de salud.

La Comisión Nacional de Recursos Humanos Médicos del Ministerio de Salud también ha trabajado en la revisión de los mecanismos de acreditación, habilitación, certificación y recertificación médica. Asimismo, la Comisión Nacional Coordinadora de los Recursos Humanos Farmacéuticos y Bioquímicos analizó una propuesta sobre perfiles, alcances e incumbencias de las especialidades bioquímicas y el tema de la certificación de títulos de farmacéuticos que presentó la Confederación Farmacéutica Argentina.

El control de calidad en materia de medicamentos, alimentos y tecnología está a cargo de un ente autárquico, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), que es una institución de referencia nacional y centro de formación de recursos humanos especializados. La ANMAT posee competencia en lo que se refiere al control y fiscalización de la sanidad y calidad de todo producto que pueda afectar a la salud humana.

El Sistema Nacional de Vigilancia está incorporado al Centro Internacional de Monitoreo de Drogas de la Organización Mundial de la Salud. En 1993 se inauguró el Sistema Nacional de Farmacovigilancia. Asimismo, se instauró un sistema de vigilancia alimentaria mediante una estrategia basada en la acción conjunta de centros hospitalarios y otras instituciones y del Ministerio de Salud y Acción Social. En cuanto a la tecnología médica, la ANMAT ha comenzado a organizar las tareas de fiscalización, control y tecnovigilancia.

En 1993 se estableció el marco normativo para el régimen de los hospitales públicos de autogestión, tendiente a lograr la descentralización funcional de los hospitales públicos, incrementar su capacidad de gestión institucional, elevar su nivel de eficiencia y mejorar su nivel de autofinanciamiento. Entre los aspectos principales del régimen se destacan la libertad de incorporación de los hospitales públicos de las jurisdicciones a requerimiento de las autoridades, la obligación por

parte de los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud de efectuar el pago automático de las prestaciones que recibían sus afiliados, y la libertad de contratación entre estos agentes y los hospitales públicos de autogestión. Estos últimos deberán cumplir con los requisitos y condiciones de carácter general y las normas de actuación las establecerá cada jurisdicción provincial. Asimismo, tendrán las atribuciones establecidas por este régimen y estarán sujetos al cumplimiento de ciertas obligaciones, entre ellas la de brindar atención igualitaria e indiferenciada a toda la población y proveer la atención requerida por personas que carezcan de cobertura y de recursos económicos. El marco normativo para el régimen de hospitales públicos de autogestión establece la posibilidad de que los estados provinciales adhieran a la propuesta. Dado que la mayoría de los hospitales no pertenecen al Estado Nacional, su inscripción en el registro nacional ha dependido de la decisión de provincias o municipios.

El país asiste regularmente a reuniones en el contexto del Mercosur para establecer disposiciones destinadas a profundizar el proceso de integración regional en cuanto a alimentos, medicamentos, medio ambiente y seguridad de productos para el consumidor. Sin embargo, en el ámbito de la salud en particular quedan pendientes asuntos de suma importancia, como la búsqueda de patrones comunes y la homologación de normas. Asimismo, la Argentina forma parte de núcleos de articulación del Mercosur (Sistemas de Información y Comunicación, Salud de Fronteras, Asistencia y Tecnología Médicas y Cooperación Técnica).

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. Además de la reestructuración técnica y política del Ministerio de Salud y Acción Social, la reforma del Estado ha tenido como consecuencia una reorientación de las estrategias y programas de diversas unidades técnicas de los niveles centrales. Entre los principales programas se destaca el Programa de Maternidad e Infancia. En 1994 se formuló el Compromiso en Favor de la Madre y el Niño, se establecieron las metas y estrategias nacionales y se incrementaron de manera significativa los fondos nacionales para la ejecución de los programas provinciales, los que progresivamente están adquiriendo mayores niveles de gestión.

El Ministerio de Salud decidió impulsar acciones de promoción y protección de la salud estableciendo programas de comunicación social, educación para la salud, y tabaco y salud, y estimulando la reorientación de la práctica asistencial en las redes de servicios. Hay un incipiente movimiento cultural, político, social, económico e intersectorial que favorece la adopción de legislación orientada a desarrollar políti-

cas públicas saludables conducentes a cambios de modos de vida en la población.

El Ministerio de Salud realizó también actividades de promoción y protección en relación con la calidad del aire, la salud del trabajador, los plaguicidas, los residuos y el saneamiento básico, haciendo hincapié en el abatimiento del arsénico contenido en el agua de consumo de poblaciones dispersas en zonas de hidroarsenismo crónico endémico. Se hizo hincapié en la evaluación de riesgos ambientales para la salud, destacándose la creación de la Red Argentina de Manejo Ambiental de Residuos (REMAR), con la participación del Ministerio de Salud, la Secretaría de Recursos Naturales y Desarrollo Sustentable, la Unión Industrial Argentina, la Confederación General de la Industria, Coordinación Ecológica del Área Metropolitana Sociedad del Estado (CEAMSE) y la Organización Panamericana de la Salud. En las esferas provincial y municipal, diversas instituciones comparten la responsabilidad de proteger el ambiente.

Programas de prevención y control de enfermedades.

Entre ellos merece destacarse el Programa de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles. El programa nacional de inmunizaciones se ha esforzado por aumentar los niveles de cobertura y vigilancia de las vacunas del Programa Ampliado de Inmunización y mejorar su integración con los programas provinciales y ha emprendido una campaña de eliminación del sarampión. En 1996 las coberturas registradas fueron de 89,7% para la vacuna antipoliomielítica, 82,8% para la triple (DPT), 100% para la BCG y 100% para la antisarampionosa. Además, ha consolidado el sistema de vigilancia de las enfermedades transmisibles, lo que resultó en un aumento de las notificaciones. En el período 1992–1994 se produjo una intensa movilización para enfrentar los brotes de cólera, estableciéndose programas de comunicación social, educación sanitaria, capacitación del personal y dotación de servicios. En 1994 se declaró erradicada la poliomielitis. En la actualidad se llevan a cabo campañas de erradicación o eliminación del sarampión, el tétanos neonatal, la lepra, la difteria, la rabia humana y la enfermedad de Chagas. Paralelamente, el programa está dando un fuerte impulso a los análisis de situación de salud útiles para la identificación de zonas y grupos de riesgo en relación con los principales problemas de salud de la población y al establecimiento de un sistema de vigilancia que permita detectar a tiempo el surgimiento de enfermedades emergentes y reemergentes.

Casi todas las provincias se han adherido al Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus Humano y el Sida. Por su intermedio se realizan actividades de mejoramiento de los laboratorios de diagnóstico y de la atención médica, de comunicación y educación a grupos de riesgo y de vigilancia epidemiológica. En 1996 se estableció la nueva iniciativa del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

(ONUSIDA) en la Argentina, se asentaron los compromisos y fundamentos básicos para su funcionamiento y se constituyó el Grupo Temático.

Sistema de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. Los antecedentes del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica se remontan a la década de 1950, cuando ya se contaba con datos de notificaciones mensuales de enfermedades transmisibles por jurisdicción. En 1993 se reformuló el sistema a cargo de la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud y Acción Social, observándose entre ese año y 1996 un aumento de las notificaciones cercano a 174%. Los datos corresponden casi en su totalidad al subsector oficial de salud y se refieren a morbilidad de consultas externas, servicios de urgencia e internación. En 1996 se constituyó la Red Nacional de Laboratorios Argentinos de Salud Pública (RELAS), integrada por diversas redes de laboratorios.

Servicios de agua potable y alcantarillado. La infraestructura de servicios presenta grandes desigualdades. En las últimas décadas, el crecimiento en las ciudades careció de una planificación adecuada, lo que agravó las deficiencias en los grandes núcleos urbanos. En estas concentraciones, las deficiencias en la provisión de agua potable y en la disposición de excretas generan escenarios de alto riesgo que afectan fundamentalmente a las zonas habitadas por pobladores en situaciones de pobreza.

A fines de 1996 la Subsecretaría de Gestión de los Recursos Hídricos, del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, concluyó un estudio que presenta un panorama más actualizado de la situación de la cobertura de agua potable y desagües cloacales. Este estudio realiza un análisis comparativo de las poblaciones urbanas con más de 10.000 habitantes (84% de la población total). De 1991 a 1995 la cobertura de agua potable y de desagües cloacales pasó, respectivamente, de 71% a 81% (agua) y de 37,3% a 50% (cloacas). De acuerdo con estos datos, hay aproximadamente 6,6 millones de personas que no tienen acceso a las redes públicas de agua y cerca de 17 millones que no disponen de cloacas. Estas cifras son algo menores si se considera la población dispersa (cerca de 3 millones) que no sería posible atender con redes públicas de servicios. En siete provincias, la cobertura de agua potable supera el 90%. En cloacas, la provincia de Tierra del Fuego llega a una cobertura de 84%. En la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, a fines de 1995 la cobertura era de 78% en agua y 61% en desagües. Este último porcentaje es significativo del esfuerzo realizado, ya que entre 1991 y 1995 la cobertura pasó de 46% a 61%.

Se estima que solo 10% de los líquidos cloacales recogidos reciben tratamiento, situación que sin duda contribuye a aumentar la contaminación ambiental. A fines de 1996, se es-

tima que los sistemas privatizados cubrían a 65% del total de la población servida, los municipales o provinciales a 25% y el 10% restante de la población estaba en vías de transición.

En la esfera del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, se sitúan la Secretaría de Obras Públicas y Comunicaciones y la Subsecretaría de Gestión de Recursos Hídricos que coordinan las acciones nacionales en cuanto a la prestación de los servicios de agua potable y desagües de alcantarillado cloacal. De esta Subsecretaría depende el Ente Nacional de Obras Hídricas de Saneamiento.

Servicios de manejo de residuos sólidos municipales, incluidos los hospitalarios. No existe información confiable sobre residuos sólidos municipales. En el área metropolitana de Buenos Aires cada habitante produce cerca de 0,88 kg de residuos sólidos por día y la cobertura de recolección es de 91%, con 100% del relleno sanitario de buena calidad. En el interior del país la disposición final de los residuos sólidos constituye uno de los problemas ambientales y de salud pública más importantes debido a terraplenes de rellenos sanitarios inadecuados. El reciclaje de los residuos todavía no está incorporado masivamente en los sistemas de gestión y es insignificante en términos de escala. Únicamente 50% de los hogares del Gran Buenos Aires considerados pobres cuentan con servicios regulares de recolección de residuos sólidos.

Un estudio sobre residuos peligrosos realizado por la provincia de Buenos Aires a fines de 1991 estimó que solo las industrias química, petroquímica y petrolera producían cerca de 29,9% de los residuos totales. Varias fuentes calculan una generación anual de residuos peligrosos en la provincia de Buenos Aires, la más industrializada del país, que oscila entre 50.000 y 100.000 toneladas. Solamente en el área metropolitana de Buenos Aires la empresa responsable de los residuos sólidos había detectado, hasta enero de 1996, cerca de 103 basurales en los que se encuentran diseminadas alrededor de 1.000.000 de toneladas de residuos domiciliarios y peligrosos que ocupan una superficie total de 557 hectáreas.

En cuanto a los residuos hospitalarios, según datos del Ministerio de Salud y Acción Social, en 1995 el país disponía de 155.749 camas que, estimativamente, suponen una producción de 1,0 a 1,5 kg de residuos peligrosos por cama por día. Más de 50% de estos residuos están concentrados en la Capital Federal y en la provincia de Buenos Aires.

Prevención y control de la contaminación del aire. Los problemas relacionados con la calidad del ambiente son muy diversos. En general, las condiciones ambientales son deficientes en las zonas urbanas marginales y en las regiones de desarrollo económico acelerado. El sistema de monitoreo aún es deficiente. Muchas de las estaciones que integran la red del Sistema Mundial de Vigilancia del Medio Ambiente no cuen-

tan con un sistema de monitoreo continuo, lo que impide efectuar un análisis específico. Aun cuando los niveles máximos de contaminantes han sido sobrepasados en pocas ocasiones, se han registrado casos concretos de contaminación causada por fuentes móviles o fijas que llegaron a afectar significativamente a parte de la población. En cuanto a la ciudad de Buenos Aires, su situación geográfica privilegiada favorece la dispersión de los contaminantes, por lo que los niveles de contaminación no superan los límites establecidos internacionalmente. Sin embargo, en zonas de la Capital Federal, como el microcentro y el macrocentro, es común que los niveles de contaminantes gaseosos y de partículas superen dichos límites, como ocurre con los valores de monóxido de carbono, que superan diariamente de 1,5 a 6 veces los límites que prescribe la ley que califica el aire en la Capital Federal.

En 1991 se creó la Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente Humano, vinculada directamente a la Presidencia de la Nación y la Subsecretaría de Recursos Hídricos, en la órbita del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos de la Nación. En 1992 se formó el Consejo Federal del Medio Ambiente (COFEMA), en el que se reúnen los representantes de los gobiernos federales de todas las provincias. En 1994 se firmó el Pacto Federal Ambiental con el fin de concertar políticas ambientales.

A fines de 1996, solo 43,5% de las provincias poseían una estructura para tratar aspectos ambientales a nivel de Gobierno, con atribuciones específicas. En el resto de las provincias estas estructuras se encontraban dispersas en varias áreas. Por su parte, diversas instituciones municipales compartían también responsabilidades. La fragmentación no es necesariamente un problema, pero la coordinación incipiente dificulta mucho la planificación y el desarrollo de acciones. Las provincias no siempre adoptan las normas y procedimientos generados a nivel nacional. Asimismo, la legislación para el control de la contaminación no se encuentra en un solo cuerpo legal, de modo que su aplicación ocasiona problemas. La legislación nacional trata en forma sectorial y dispersa algunos problemas ambientales específicos, o regula solo el manejo de determinados elementos del medio.

Programas de ayuda alimentaria. La complementación alimentaria forma parte de los puntos establecidos en el Plan Social. Se transfieren fondos de coparticipación para la distribución de leche entera en polvo a niños y embarazadas pertenecientes a la población en riesgo social, a fin de prevenir la desnutrición. El programa constituye un elemento motivador de la concurrencia a los controles de salud. La selección de los beneficiarios se realiza utilizando indicadores de NBI.

El Programa Materno Infantil y de Nutrición promueve la recuperación nutricional y la complementación alimentaria de embarazadas y niños menores de 6 años. Estas actividades se integran a los componentes de salud y desarrollo infantil.

El Programa Alimentario Nutricional Infantil de la Secretaría de Desarrollo Social provee suplementación alimentaria como parte de las acciones orientadas hacia el mejoramiento de las condiciones de vida y el acceso a una alimentación adecuada y suficiente de los niños de 2 a 14 años. En 1996, la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y Acción Social destinó US\$ 46.299.290 al programa.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Modalidades de aseguramiento y sus respectivas coberturas. Dada la superposición de categorías y la existencia de duplicidades, la cobertura de salud de la población es difícil de estimar. Sin embargo, según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991, alrededor de 62,2% de la población posee algún tipo de cobertura. Este porcentaje varía según la región geográfica: de 79,5% en la Capital Federal baja a 42,1% en la provincia de Jujuy. El porcentaje de población no cubierta por obra social o plan médico es variable, con diferencias interjurisdiccionales. En un extremo se encuentran Formosa (56,39%), Santiago del Estero (54,08%), Chaco (51,23%), Misiones (48,96%), Salta (41,83%) y Corrientes (47,53%), y en el otro, la Capital Federal (19,49%) y Santa Cruz (22,94%).

Estudios realizados por la ANSES en 1992 señalan que 34 obras sociales grandes agrupaban un porcentaje cercano a 80% de los beneficiarios totales del sistema; las 10 mayores obras sociales reunían a la mitad de la población beneficiaria, las primeras 30 casi a 75%, y las primeras 40, a 80%. A partir de la proyección de cifras del INDEC, la ANSES estima que en 1997 los beneficiarios de las obras sociales adheridas a la ANSSAL serían aproximadamente 8 millones, los de las obras sociales provinciales 6,5 millones, los del PAMI 4,5 millones, los de las otras obras sociales y los sistemas de medicina (empresas de medicina prepaga y obras sociales de las universidades y de las Fuerzas de Seguridad), 5,5 millones, y la población atendida por los hospitales públicos alcanzaría los 12,3 millones de personas.

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia. En la actualidad, el hospital público presta atención a indigentes, provee servicios a los beneficiarios de las obras sociales con un retorno financiero, atiende la demanda de sectores sociales con mayor capacidad de pago y cubre emergencias y accidentes al tiempo que ejerce funciones de escuela médica. A pesar de la crisis por la que atraviesan, los servicios públicos gratuitos han debido afrontar la mayor demanda derivada del deterioro de la cobertura de muchas obras sociales, mediante un mecanismo de subsidio público a la seguridad social. En relación con los pacientes que tienen algún tipo de co-

bertura, el Hospital Público de Autogestión está autorizado a cobrar a terceros pagadores, sean estos de la seguridad social o de otro tipo de aseguradoras. El subsector público sigue siendo el principal proveedor de servicios de emergencias y psiquiátricos, y de atención a los enfermos crónicos.

En 1995 el Ministerio de Salud y Acción Social realizó el relevamiento de los establecimientos asistenciales en operación. El estudio señala que estos aumentaron de 9.051 unidades en 1980 a 16.085 en 1995; el aumento fue más acentuado entre los establecimientos sin internación, cuyo número se elevó a más del doble, mientras que el incremento en los establecimientos con internación fue de aproximadamente 10%. Del total de establecimientos, 43,3% pertenecen al subsector oficial, 1,4% al de obras sociales, 55,2% al privado y 0,1% son mixtos. En comparación con la estructura registrada en 1980, puede señalarse la mayor participación del subsector privado (44,6% en 1980), y como contrapartida, la reducción de la participación de los otros dos subsectores. En segundo lugar, aparecen establecimientos de doble dependencia (oficial y privada), que han sido agrupados en la categoría de mixtos.

La cantidad de camas disponibles aumentó de 145.690 en 1980 a 155.749 en 1995 (4,5 por 1.000 habitantes). Este último indicador decreció respecto de 1980, es decir, el aumento de camas se produjo a una velocidad inferior a la del aumento de la población. El porcentaje de camas disponibles según dependencia administrativa para el total del país en 1995 fue de 54% en el subsector oficial (62,5% en 1980), 2,8% en el de obras sociales (5,5% en 1980), 43,1% en el privado (32% en 1980) y 0,1% en los establecimientos mixtos (frente a su no existencia en 1980). Este es el resultado de la conjunción de dos tendencias: por un lado se redujo la cantidad de camas disponibles en el subsector oficial y de obras sociales, y por el otro, el aumento de las camas del subsector privado superó sustantivamente la disminución que experimentaron aquellos.

Surgieron nuevas modalidades de atención y prestación, los denominados Servicios de Traslados Sanitarios, que atienden las urgencias en la vía pública y a domicilio, el Hospital de Día y el de Internación Breve, que introducen variaciones en el concepto de internación, y los vacunatorios, en los que una práctica de tratamiento que en 1980 estaba subsumida en los servicios de los establecimientos con y sin internación, ahora aparece en forma exclusiva o combinada con otras modalidades. Se observan fenómenos nuevos, como la acentuada fragmentación del recurso físico en establecimientos de una misma razón social emplazados en espacios diferentes, o bien de distintas razones sociales en un mismo recurso físico, y la aparición de al menos dos formas complementarias de atención entre lo público y lo privado. Una de ellas se entrelaza con la fragmentación y se pone de manifiesto en la presencia de establecimientos privados de diagnóstico en establecimientos públicos con internación; la otra es la presencia de centros del primer nivel de atención dependientes del subsec-

tor oficial que funcionan en edificios pertenecientes a sociedades de fomento, asociaciones vecinales, u otras. En las provincias, las variaciones registradas en la cantidad de establecimientos muestran distintas tendencias según el tipo de unidad y el subsector del que dependan.

En 1996 había 824 hospitales públicos de autogestión registrados de todas las jurisdicciones y el número de camas alcanzaba las 62.402, casi 75,3% de las camas públicas del país. Se estableció la obligatoriedad de los agentes del sistema de seguro de salud de pagar los servicios facturados por estos hospitales.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre. Desde 1996 se está planificando la instalación de procedimientos de control de los laboratorios para garantizar la calidad diagnóstica. Desde 1984, el Instituto Nacional de Investigaciones Epidemiológicas de Chagas ha organizado el control de calidad de procedimientos y reactivos. La articulación de los recursos de hemoterapia ha estado liderada por la Sociedad Argentina de Hemoterapia e Inmunohematología. La organización de la información y el control de la calidad de las pruebas serológicas y los reactivos se desarrollaron paralelamente hasta 1992. Ese año, la iniciativa de eliminación de *Triatoma infestans* y el control de la sangre para transfusiones permitió construir una base de datos de actualización continua que abarca a instituciones públicas y privadas. Hay 776 servicios de hemoterapia o bancos de sangre registrados en el país, algunos de los cuales concentran la información de varios centros. Entre ellos, se identifican 536 laboratorios que controlan la sangre para transfusiones y que también efectúan el control para diferentes instituciones. Las determinaciones serológicas que se realizan abarcan hepatitis B y C, *Tripanozoma cruzi*, VIH y sífilis. Se controla a 100% de los donantes tanto en el subsector público como en el privado.

Servicios especializados. El subsector público cuenta con 40 establecimientos de salud mental, de los cuales 35 corresponden a internación de pacientes crónicos. El número total de camas es de 15.069 y la mayor proporción se encuentra en establecimientos con internación de enfermos crónicos (98%). En el subsector privado hay 187 establecimientos (con internación de agudos, de crónicos, de agudos y crónicos y sin plazo determinado). El mayor número de establecimientos corresponde a la internación de pacientes crónicos (139), al igual que las camas (80%). El total de camas destinadas a la salud mental en este subsector es de 9.047. De estos datos se desprende que el subsector público concentra casi todos los recursos para la atención de pacientes crónicos.

En cuanto a la rehabilitación física, hay un total de 24 establecimientos con 953 camas. De estos, 9 establecimientos con 532 camas corresponden al subsector público y 10 establecimientos con 421 camas, al privado.

Insumos para la salud

A fines de 1991 se consolidó la liberación de precios finales de los medicamentos y de todos los márgenes de comercialización para droguerías y farmacias. A partir de 1993 se redujeron significativamente la complejidad y el tiempo requerido para la obtención de los registros sanitarios y se incrementaron las inspecciones y la farmacovigilancia. En el sector farmacéutico privado se instituyeron nuevos sistemas de distribución y de administración y dispensación de medicamentos a los que acceden las obras sociales y los sistemas prepagos que aún no tienen una regulación específica.

A fines de 1995 y luego de un complejo debate parlamentario se aprobó una nueva Ley de Patentes. Hubo un movimiento de concentración empresarial debido al elevado número de fusiones y adquisiciones propiciadas por los laboratorios multinacionales. En 1996, entre las 20 primeras empresas en cuanto a volúmenes de venta, 10 eran de capital nacional y otras 10 eran transnacionales. Las primeras captaban 54% del mercado y las segundas 46%.

En el período 1993–1996, el mercado farmacéutico evidenció una caída persistente en la cantidad de unidades vendidas, acumulando una pérdida de 15,8% desde el pico máximo de 482 millones de unidades en 1992 a 406 millones en 1996. El volumen del mercado de medicamentos creció en el mismo lapso de US\$ 2.575 a 3.644 millones a precio de salida de droguería, lo que representa un aumento del precio de US\$ 5,34 a 8,98 por unidad.

El subsector público no cubre los medicamentos para la atención ambulatoria, excepto los incluidos en programas especiales. Las obras sociales del sector público cofinancian el costo de los fármacos en porcentajes variables y subsidian en su totalidad los medicamentos de baja incidencia y alto costo incluidos en el PMO. Las empresas prepagas también cofinancian el costo de los medicamentos en alrededor de 50%.

La contención del gasto en medicamentos se inició en la década de 1980 mediante el control de precios, con un sistema de bandas terapéuticas establecido por el PAMI o mediante precios de referencia impuestos por el Instituto Obra Médico Asistencial (IOMA), con escaso éxito ambos. La desregulación efectiva de los precios facilitó en 1992 un incremento importante, con un aumento del gasto estimado en US\$ 1.000 millones. Las acciones para contener el gasto mediante el uso racional de los insumos no han tenido mayor relevancia.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso. El tamaño actual de la fuerza laboral en salud no se puede determinar con exactitud debido a que no hay estudios globales posteriores a 1980.

En ese año, el sector salud empleaba un total de 210.000 personas (aproximadamente 2,9% de la fuerza de trabajo nacional). Estimaciones realizadas en 1985 basadas en el catastro de 1980 señalan que la fuerza laboral alcanzaría alrededor de las 400.000 personas (4% de la PEA). La estructura de recursos humanos en salud presenta la forma de una pirámide invertida, en la que la participación relativa de las categorías profesionales resulta muy superior a la de las categorías técnicas y auxiliares.

En cuanto al personal de enfermería, estimaciones realizadas en 1988 y 1994 indicaron que llegaba a los 85.000 profesionales: 1.000 licenciados en enfermería (1,2%), 25.000 enfermeros de nivel terciario (29,4%), 49.000 auxiliares de enfermería (57,6%) y 10.000 empíricos (11,7%), estos últimos en fase de conversión como auxiliares de enfermería. Esta política produjo un incremento significativo de auxiliares de enfermería y de enfermeros profesionales en los últimos cinco años. Se duplicó la cantidad de auxiliares y se prevé un incremento adicional de 10.000 enfermeros de nivel terciario para el 2000, en virtud de un proceso de profesionalización que se realiza en cada una de las provincias.

Formación del personal de salud. La formación de recursos humanos en salud tiene características particulares debido a la hegemonía del modelo médico sobre el sector. Existen siete facultades públicas de medicina y siete privadas que forman la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA). Fuera de esta Asociación, hay dos facultades privadas de medicina.

El sistema universitario forma a unos 3.500 médicos por año y si bien no resulta fácil consolidar la información, las estimaciones indican que se ofrecen menos de 1.000 plazas anuales de residencias universitarias, que podrían experimentar una disminución debido a las restricciones presupuestarias que afectan a las universidades nacionales. Solo algunas universidades públicas cuentan con hospital universitario, y de las privadas, ninguna.

Las universidades nacionales cuentan con programas de residencias médicas en alguna especialidad, los cuales constituyen para el graduado reciente una forma de postergar el ingreso pleno al mercado de trabajo. De acuerdo con informaciones del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación se ofrecieron en 1995 alrededor de 1.700 plazas de residencias en todo el país. Existe también una oferta muy diversificada de estas plazas en establecimientos privados o de obra social, en algunos casos en convenio con universidades de la zona de influencia. No obstante, un elevado porcentaje de graduados tienen problemas en encontrar oportunidades para realizar una residencia.

Las facultades de ciencias médicas, por intermedio de AFACIMERA, han trabajado en colaboración con el Ministerio de Cultura y Educación con el fin de mejorar la educación

médica y contribuir a elevar el nivel de salud de la población. Para definir mecanismos de autoevaluación de las carreras de medicina se firmó en 1994 un convenio entre ambas instituciones. En diciembre de 1996 se formalizó un nuevo convenio con objeto de producir los desarrollos conceptuales y metodológicos necesarios para llevar a la práctica la acreditación de las carreras de medicina. Ambos convenios, con objetivos particulares distintos, tuvieron por finalidad concretar un mecanismo de consulta con las autoridades y actores universitarios, en la búsqueda de consenso previo al establecimiento de las normas y a su consecuente aplicación. Las facultades de medicina deben contemplar no solo la exigencia de incorporar los adelantos tecnológicos y científicos, sino también de dar respuesta a los cambios y necesidades del sector salud. En el actual proceso de reforma, la aplicación del PMO favorece la demanda de un perfil específico (el médico generalista) al sistema de capacitación de personal de salud e introduce transformaciones laborales y de gestión en el sistema utilizador de los recursos humanos.

Las facultades de odontología están organizadas en la Asociación de Facultades de Odontología de la República Argentina (AFORA), que nuclea a siete facultades de odontología públicas y a dos privadas. En ellas, los mecanismos de autoevaluación y evaluación externa y de acreditación de sus carreras de posgrado se encuentran en distintas etapas. Estas facultades presentan distintas ofertas de educación continua mediante carreras de doctorado y de especialización, maestrías, programas de actualización y perfeccionamiento y de residencias.

En un contexto más amplio, las facultades de ciencias de la salud enfrentan otros retos, ya que los procesos de integración de las economías regionales imponen nuevas demandas en relación con la formación de los recursos humanos, el flujo de bienes y servicios sanitarios, la salud de las personas y el ambiente.

Educación permanente en salud. Actualmente se ejecuta un programa de educación permanente en algunos servicios de salud de la provincia de Córdoba. El propósito de este proyecto es fortalecer la capacidad de gestión y transformación de los servicios de enfermería y de administración de los servicios hospitalarios a partir del análisis de los problemas de cada uno de ellos.

Mercado de trabajo de los profesionales de la salud. Muchos de los aspectos relativos al mercado de trabajo requieren estudios particulares, actualización de la información y procesos de búsqueda de consenso. En 1992 la razón habitantes por médico fue de 367. En los puntos extremos de la relación se ubican la Capital Federal con 113 habitantes por médico y la provincia de Formosa con 911 habitantes por médico. Hay 4 médicos por enfermero y 5,4 enfermeros por

10.000 habitantes, con distribución desigual según las regiones, lo que se considera insuficiente.

Investigación y tecnología en salud

Organización y financiamiento de la actividad científica y formación de recursos humanos. El pase de la Secretaría de Ciencia y Tecnología (SCyT) al Ministerio de Cultura y Educación marcó el inicio de la reorganización del sector de ciencia y tecnología. La SCyT pasó a ser el organismo encargado de diseñar las políticas científicas y tecnológicas, elaborar el Plan Nacional Plurianual de ciencia y tecnología y el presupuesto del Estado para el sector y establecer prioridades.

La actual gestión de la SCyT atribuye un alto grado de prioridad a la integración regional, y al Mercosur en particular como ámbito orientado a promover el estudio de los aspectos científicos y tecnológicos con vistas a la integración de las instituciones de investigación, el intercambio de experiencias y la capacitación y formación de recursos humanos. Dentro de las áreas programáticas, el objetivo es emprender acciones conjuntas en materia de gestión tecnológica, temáticas aplicadas y temáticas sociales. El presupuesto de 1997 para los organismos de Ciencia y Tecnología fue de US\$ 777,4 millones; 69% corresponde al rubro personal.

En la órbita del Ministerio de Salud existe una red de institutos nacionales de investigación en varias ciudades, que comprende los campos de epidemiología, enfermedades virales, genética, nutrición y laboratorios de salud. Durante el último quinquenio, el Ministerio ha apoyado estudios sobre la eficacia de vacunas contra la fiebre hemorrágica argentina y la meningitis, el diagnóstico de la enfermedad de Chagas, la quimioterapia específica para leishmaniasis y varias investigaciones sobre hantavirus, lepra, tuberculosis, bocio, accidentología, contaminación por nitritos, infecciones respiratorias agudas, retardo mental, enfermedad fibroquística del páncreas y sida, entre otros.

Documentación científico-técnica, acceso, producción y disseminación. La ciencia y la información en salud ocupan un lugar de relativa importancia. Según registros de la Cámara Argentina del Libro, alrededor de 8% del total de libros publicados entre 1993 y 1996 correspondieron a ciencias de la salud. Se publican 117 revistas en el campo de la salud. El 80% de los artículos corresponden a investigación clínica, 11% a biomedicina y 9% a salud pública.

En materia de bibliotecas en ciencias de la salud, según un relevamiento realizado en 1996 por la Red Nacional de Información en Ciencias de la Salud, hay 250 unidades de información dispersas, la mayoría de las cuales no tienen la infraestructura adecuada, los recursos humanos especializados y el equipamiento necesario para cubrir los requerimientos de la

difusión del conocimiento. En el mismo sentido, cabe acotar que el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y muchos ministerios provinciales no cuentan con centros de documentación que apoyen los servicios del sector. Las principales bibliotecas en salud se encuentran en las universidades y entidades intermedias y privadas.

En el campo de la informática aplicada al conocimiento, se ha desarrollado la Red Electrónica del Sector Salud, que constituye una parte central de las diversas iniciativas de redes del país, integradas por más de 1.500 instituciones.

Gasto y financiamiento sectorial

El Estado y la seguridad social financian el mayor porcentaje del gasto en salud con los aportes salariales. El gasto público y de la seguridad social en relación con el PIB creció entre 1980 y 1994 de 3,64% a 4,4%. Según datos del Ministerio de Salud y Acción Social, en 1994 el gasto sanitario público y de las obras sociales como porcentaje del gasto público total fue de 16,49%. Esto arrojó un gasto público en salud per cápita de US\$ 388 por habitante para ese año.

El gasto total en salud para 1995 fue de US\$ 20.147 millones. La estructura del gasto fue la siguiente: gasto público (sector gubernamental nacional, provincial y municipal) \$4.676 millones; gasto de las obras sociales (obras sociales nacionales, obras sociales para jubilados y pensionados del PAMI y obras sociales provinciales) \$7.055 millones y gasto privado (prepagos y desembolsos directos) \$8.416 millones.

Entre 1980 y 1994 disminuyó la participación de los recursos del Tesoro Nacional; al mismo tiempo, aumentó significativamente el papel de las provincias y se incrementó la participación de los municipios como entidades financiadoras. En el período 1994–1995 este incremento fue de 35,8%. Parte de este aumento responde a la descentralización de algunos servicios por los gobiernos provinciales, en los que el gasto municipal representa unos US\$ 580 millones, equivalentes a 0,23% del PIB.

Desde 1980, el gasto público en salud como porcentaje del PIB pasó de 1,24% a 1,71% en 1994, con oscilaciones. En 1995, de acuerdo con datos de la Secretaría de Programación Económica, de la Secretaría de Hacienda y del INSSJyP, la estructura porcentual del gasto público en salud fue: Nación 4,8%, ANSSAL 2,6%, INSSJyP/PAMI 22,6%, transferencias de la Nación a las provincias 0,8%, provincias y municipalidades 36,1%, obras sociales nacionales 20,9% y obras sociales provinciales 12,2%.

Entre 1992 y 1995 se manifestó una pronunciada caída de la participación del sistema de obras sociales nacionales, que pasó de 32,7% a 23,5%. Cabe resaltar que el gasto del PAMI representa entre un quinto y una cuarta parte del total del gasto público. Las obras sociales nacionales tuvieron un

comportamiento expansivo en el decenio de 1980, que disminuyó en la presente década. Las obras sociales provinciales y el PAMI prácticamente duplicaron su gasto.

El gasto solidario en salud (sector público y obras sociales) se estima en US\$ 11.073 millones en 1994. Según la Secretaría de Programación Económica del Ministerio de Economía, representó 4,44% del PIB en 1994 y 4,70% en 1995. El peso del incremento se relaciona con el PAMI.

El gasto privado como participación del PIB disminuyó de 4,5% en 1970 a 2,7% en 1993. Se considera que el escenario futuro será de restricción permanente y que el gasto aumentará al ritmo del crecimiento de la economía. Con respecto a la composición del gasto individual, una encuesta realizada en noviembre de 1995 mostró que en la región metropolitana el gasto en medicamentos representa 34% del gasto de bolsillo, le sigue el gasto en afiliaciones a seguros privados con 18% (en la Capital Federal esta participación es de 26%). El gasto en consultas médicas se estimó en 10% y en consultas a otros profesionales de la salud y a odontólogos, en 17%. El porcentaje restante correspondió a otros y a internaciones.

Entre diciembre de 1991 y diciembre de 1996 el índice de precios al consumidor en materia de salud aumentó a más del doble del nivel general del IPC (53,25% frente a 25,5%). Entre mayo de 1991 y mayo de 1995 el costo de los servicios (honorarios médicos, odontológicos y cuotas de medicina pre-paga) creció casi 87% y el precio de los medicamentos, 59%.

Según la Secretaría de Programación Económica del Ministerio de Economía, en 1994 la distribución del gasto público consolidado como porcentaje del PIB para un total de 18,04% fue la siguiente: educación 3,83%; salud, acción social y saneamiento 5,26%; vivienda 0,47%; seguridad social 6,84%; trabajo, 0,76% y otros servicios urbanos 0,88%. En 1995, el gasto público social consolidado como porcentaje del PIB fue de 18,41% y el gasto público social consolidado del sector salud como porcentaje del PIB, fue de 1,75%.

La evolución del gasto en salud, educación y cultura en los últimos lustros muestra que no existe una correlación clara entre el nivel de generación de riqueza (PIB) y las erogaciones públicas en salud y educación. Estos gastos responden a la dinámica de la restricción presupuestaria.

El gasto en actividades de prevención y regulación a través de los ministerios de salud nacional y provinciales y de las secretarías municipales se estima en US\$ 800 millones (\$2 per cápita). El gasto en rentas generales a hospitales y centros de salud se calcula en \$4.000 millones. En los últimos años se estimó un sistema de recuperación de costos. El cobro por débito automático en hospitales de autogestión para el primer semestre de 1996 se estimó en US\$ 6,8 millones en 824 hospitales registrados. Esta cifra equivale aproximadamente a 1,5% de recursos en relación con las rentas destinadas por el sector público. Por otro lado, se estima que \$80 millones de las obras sociales se derivan hacia la atención en los hospitales públicos.

Las fuentes de financiamiento para la salud son: el Estado nacional (la administración central y los organismos descentralizados), que se nutre fundamentalmente de recursos provenientes del Tesoro Nacional (a excepción de la ANSSAL y el PAMI); los estados provinciales y la ciudad de Buenos Aires, cuyos recursos provienen de la coparticipación federal de impuestos, la recaudación de tributos propios y las transferencias del Estado nacional; los estados municipales, que poseen recursos de la coparticipación provincial y de tributos locales; las obras sociales nacionales, cuyos fondos provienen de los aportes de los trabajadores y de las contribuciones patronales; las obras sociales provinciales, que tienen las mismas fuentes de financiamiento que las nacionales más, en algunos casos, los aportes de los estados provinciales; el PAMI, cuyos recursos se basan en aportes de los trabajadores activos y pasivos y en las contribuciones patronales, y el ingreso de las familias, que financia el gasto familiar de bolsillo destinado a la adquisición de seguros voluntarios y al pago de coseguros, copagos y compra directa de bienes y servicios.

La participación relativa de cada fuente de financiamiento es la siguiente: subsector público 21,76% (Gobierno nacional 1,94%, gobiernos provinciales 16,34%, gobiernos municipales 3,48%), seguridad social 36,34% (obras sociales nacionales 15,17%, obras sociales de jubilados 12,03%, obras sociales provinciales 7,13%, otras obras sociales 2%); subsector privado 41,9%, indirecto (prepagas, planes médicos y mutuales) 19,26% y directo (medicamentos, atención médica) 22,64%. El subsector oficial nacional aporta recursos para el financiamiento del sistema de salud a través de diversos organismos centrales o descentralizados. Su grado de significación respecto del gasto en salud es muy bajo, ya que representa entre 0,22% y 0,40% del PIB y participa entre 5,4% y 9,0% en el gasto público en salud (entre 1993 y 1996).

El gasto del subsector oficial nacional de acuerdo con la función, que según datos de la Secretaría de Hacienda en 1996 fue de US\$ 1.197.499.497, presentó la siguiente distribución: financiamiento 44,85%, asistencia 31,57%, inversión 5,92%, prevención y asistencia 4,42%, administración 3,95%, prevención 2,88%, capacitación de recursos humanos 2,47%, investigación y producción 1,97%, regulación, control y supervisión 1,63% y normalización 0,33%. Las dos funciones que resaltan en estas ejecuciones presupuestarias son las de asistencia y financiamiento. En esta última, además del Fondo Solidario de Redistribución de la ANSSAL se encuentran los aportes al Hospital Garrahan. Asimismo, se observa una disminución de los fondos destinados a la prevención. Por otra parte, lo que aparece como inversión son proyectos con financiamiento parcial de organismos multilaterales de crédito que no están totalmente destinados a la incorporación o mejoramiento de la infraestructura física o del equipamiento (como se observa en la estructura del gasto por destino económico), sino que incluyen componentes de asistencia técnica y capacitación.

Si se analiza la variación temporal de los créditos ejecutados por funciones, resalta el incremento de fondos destinados al financiamiento de residencias médicas y de otras profesiones y en inversión, aunque su participación en el total no es significativa. El fuerte aumento en financiamiento del año 1996 se debe a la adquisición, con un préstamo de origen español, de equipamiento médico que fue distribuido entre las distintas jurisdicciones.

El financiamiento de las obras sociales nacionales se basa en los aportes de los trabajadores y en las contribuciones patronales. Entre 1993 y 1995 se modificó en tres oportunidades la alícuota sobre el salario correspondiente a las contribuciones, con objeto de disminuir el costo laboral. El Decreto 492/95 fijó esta alícuota en 5%, lo que representa casi 17% de rebaja sobre el porcentaje dispuesto por la Ley 23.660/89 (del Seguro Nacional de Salud).

Si bien la ANSSAL está incorporada al presupuesto del sector público nacional, su condición de ente regulador del seguro de salud y coordinador de la distribución del Fondo Solidario de Redistribución, obliga a efectuar su análisis en conjunto con las obras sociales nacionales. De la recaudación del sistema de obras sociales nacionales en 1996, US\$ 340 millones correspondieron a la ANSSAL y \$2.592 millones a las obras sociales. Entre 1993 y 1996 se registró un leve descenso en la recaudación total, que pasó de \$3.400 millones en 1993 a \$2.932 millones en 1996.

El Decreto 492/95 (modificatorio del régimen de la seguridad social), además de establecer una nueva alícuota para las contribuciones patronales dispuso la distribución automática de parte del Fondo Solidario de Redistribución para asegurar un monto mínimo de \$40 por beneficiario titular de las obras sociales nacionales. Esta distribución automática alcanzaría a \$35,9 millones en el último trimestre de 1995 (\$12 millones de promedio mensual) y a \$180,7 durante todo 1996 (\$15 millones mensuales).

El PAMI, que brinda cobertura médica y social a los beneficiarios del Régimen Nacional de Previsión, se financia con aportes de los trabajadores activos y pasivos y con contribuciones patronales. Según información disponible de la ANSES, entre 1992 y 1995 sus recursos aumentaron pasando de US\$ 1.758.150 en 1992 a \$2.602.700 en 1995, para caer en 1996 a \$2.458.800. Mientras tanto, el gasto en atención médica dibujó una curva ascendente entre 1992 y 1994 para bajar en los siguientes dos años, cuando fue incorporado al presupuesto nacional. Sin embargo, este gasto, sumado al correspondiente a prestaciones sociales, superaba los recursos disponibles por recaudación, generando una importante

deuda con organismos públicos (Banco Nación, ANSES y ANSSAL) y con los prestadores. El desequilibrio financiero originó tensiones que llevaron al proceso de racionalización del INSSJyP/PAMI, que se está llevando a cabo.

Cooperación técnica y financiera externa

Según información del Ministerio de Salud y Acción Social, entre los principales proyectos de cooperación financiera externa figuran los siguientes:

El Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN). Este programa, centrado en la atención de las necesidades de los pobres, otorga un papel estratégico al primer nivel de atención, a los centros de desarrollo infantil como nivel de referencia, a la complementación alimentaria y al fortalecimiento institucional de los sectores responsables de las actividades del proyecto. Su presupuesto global alcanza los US\$160 millones, de los cuales el Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento (BIRF) aporta \$100 millones, con desembolsos previstos hasta 1999. El resto de los aportes los realizan la Nación (\$40 millones) y las provincias y municipios (\$20 millones).

El Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESAL). Este proyecto contribuye a la reforma de los subsectores de obras sociales, público y privado mediante la redefinición de los mecanismos de ejecución e interrelación y la promoción de la complementariedad y competencia entre ellos. El proyecto tiene tres componentes: estudios nacionales, experiencias piloto de hospitales de autogestión y difusión nacional de la reforma, hospital público de autogestión y capacitación. El monto total del proyecto, que cuenta con el apoyo financiero del BIRF, es de US\$ 144.650.000.

El Programa de Reversión de las Obras Sociales. Para financiar un plan de reversión y fortalecimiento institucional, se ha negociado un préstamo con el BIRF. El proyecto tiene como componentes el saneamiento financiero de las obras sociales y del PAMI y la reversión de la planta de personal a fin de definir los perfiles adecuados para el cumplimiento de los objetivos, dentro de un proceso de reorganización gradual. El monto total del proyecto es de US\$ 375 millones.

El Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de la Salud. Este proyecto, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), tiene como principal objetivo la construcción de cuatro hospitales provinciales de alta complejidad. El monto total del proyecto es de US\$ 64.090.000.

ARUBA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Aruba es una isla de las Antillas ubicada a 24 km de la costa norte de Venezuela. Es la más pequeña (194 km²) y occidental de un grupo de tres islas neerlandesas. Está dividida en ocho regiones: Noord/Tanki Leendert, Oranjestad (Oeste), Oranjestad (Este), Paradera, Santa Cruz, Savaneta, San Nicolás (Norte) y San Nicolás (Sur).

El idioma oficial es el neerlandés, que se emplea tanto en la educación como en el servicio civil. El papiamento, que se habla en Aruba, en Bonaire y en Curazao, es el idioma nacional usado en el Parlamento y en los medios de comunicación. El inglés y el español son idiomas de enseñanza obligatoria en los últimos grados de la escuela primaria y su uso está bastante difundido.

En su condición de entidad autónoma dentro del Reino de los Países Bajos desde el 1 de enero de 1986, Aruba es responsable de su propia administración y política, excepto de la defensa, las relaciones exteriores y la Corte Suprema. Su Constitución establece la celebración de elecciones libres y democráticas para elegir a los 21 miembros del Parlamento cada cuatro años. El gabinete, encabezado por el Primer Ministro, consta de un máximo de nueve ministros. Oficialmente, el Jefe de Estado es el monarca neerlandés, representado por un Gobernador.

La principal actividad económica corresponde al sector de servicios, en el que predomina el turismo. Se reabrió la refinería de petróleo y se están desarrollando algunas pequeñas industrias, entre las que se destacan las actividades de la construcción.

El producto nacional bruto (PNB) per cápita en 1993 fue de US\$ 12.900. En 1994 el producto interno bruto (PIB) fue de US\$ 16.630. Este índice hace que Aruba sea más comparable con Europa Occidental y los Estados Unidos de América que con otros países de la Región; sin embargo, debe usarse con precaución porque fue calculado en un período bastante corto y sobre

la base de estimados. Se está efectuando un estudio para determinar el PNB; los datos preliminares indican que probablemente representa 60% del PIB. La tasa de inflación de 1990, 1993 y 1994 fue de 7,1%, 6,0% y 4,7%, respectivamente.

Entre el censo de 1991 y la Encuesta de Fuerza Laboral (EFL) de octubre de 1994, la población de la isla aumentó de 66.687 a 79.837, cifra que representa un crecimiento de casi 20%. Este aumento ha afectado a la situación de empleo y desempleo en Aruba. Proporcionalmente, en 1994 la cantidad de empleados no arubanos fue algo mayor que en 1991. Según la EFL, de las 2.722 personas empleadas en 1994, 28% no eran de Aruba. Entre 1991 y 1994 el empleo femenino aumentó más que el masculino.

Luego del cierre de la refinería LAGO, los niveles de desempleo de 1985 subieron a 28%; desde esa fecha, el Gobierno adoptó una serie de medidas para mejorar la economía nacional. Se fortaleció el desarrollo de la industria del turismo, cuyo crecimiento, junto con el de las actividades paralelas de los sectores de la construcción y de servicios, logró disminuir el desempleo. El incremento del turismo motivó un ascenso de 6,5% de la población de tránsito entre 1994 y 1995. En este último año se registró un total de 618.915 visitantes, cifra que representa 7,3 veces la población de Aruba.

Según la EFL de 1994, la tasa total de desempleo de Aruba era de 6,4%. La tasa de desempleo femenino era de 7,8% y la del masculino, de 5,3%.

La población estimada para 1995 es de 83.652 habitantes, de los cuales 41.592 (49,7%) son hombres y 42.060 (50,3%), mujeres. La densidad demográfica es de 445 habitantes por km². La región más poblada es Oranjestad, con aproximadamente 20.045 habitantes.

En 1993 se registró la mayor tasa de aumento poblacional (9,35%). En 1994 la tasa disminuyó a 3,03% y en 1995 fue de 4,13%. Estos movimientos obedecen esencialmente a las migraciones. La migración neta de 1984 a 1987 arrojó un saldo negativo, con cifras que fluctúan entre -264 en 1984 y -501 en 1987. En 1989 el saldo resultó positivo, con cifras de 586 para ese año, y desde entonces se advierte un aumento en la

migración neta, que alcanzó su punto máximo en 1993 (5.734). De acuerdo con el censo de 1991, alrededor de 23,9% de la población residente en Aruba eran inmigrantes.

La tasa global de fecundidad entre 1993 y 1995 fue de 6,7, 6,5 y 6,8 por 1.000 mujeres de 14 a 44 años, respectivamente. No se dispone de tasas de fecundidad por edad. La tasa bruta de natalidad en 1995 fue de 17,0 por 1.000 habitantes y su tendencia es estable en relación con 1991. En 1991, la esperanza de vida al nacer de la población era de 77,1 años para las mujeres y de 71,0 para los hombres.

La población de Aruba es básicamente urbana. Puede considerarse joven, ya que 55,2% tiene menos de 35 años de edad. La población mayor de 65 años representa 6,6%.

Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad ha variado de 5,2 en 1993 a 6,0 por 1.000 habitantes en 1995.

Las cinco principales causas de muerte en el período 1987–1993 fueron las enfermedades del aparato circulatorio, los tumores, las enfermedades por problemas endocrinos, nutricionales, metabólicos e inmunológicos, las causas externas, y las enfermedades del sistema respiratorio. En 1993, año para el cual están disponibles las causas de muerte, se observa que de las 402 muertes 25,6% se debían a causas mal definidas. De las muertes con causas definidas, 138 (46,1%) se debieron a enfermedades del aparato circulatorio, 47 (15,7%) a tumores, 30 (10%) a problemas endocrinos, nutricionales, metabólicos e inmunológicos, 30 (10%) a causas externas y 12 (4%) a enfermedades infecciosas y parasitarias.

La principal causa de muerte en el grupo de menores de 1 año son las afecciones originadas en el período perinatal. Entre las edades de 1 a 44 años la principal causa de muerte en el sexo masculino son las causas externas. Las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte para ambos sexos en las edades de 45 a 64 y 65 y más.

En el período 1991–1993, las principales causas específicas de muerte fueron las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón, las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares y los tumores malignos de mama y de estómago.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

El servicio de salud juvenil del Departamento de Salud Pública tiene como objetivo promover el bienestar y brindar atención a los niños y adolescentes de 0 a 12 años. Los médi-

cos de este servicio ofrecen consultas en la Cruz Blanca y Amarilla y administran vacunas a la población escolar.

La mortalidad en el grupo de menores de 1 año ha descendido desde 1991, cuando se certificaron 10 defunciones. De 1993 a 1995 se registraron 4, 5 y 1 muertes infantiles, respectivamente. En 1993, las cuatro muertes se debieron a ciertas afecciones originadas en el período perinatal, 50% (dos) fue por hipoxia intrauterina y asfixia al nacimiento.

La mortalidad en el grupo de 1 a 4 años está representada en 1991 por una muerte del sexo masculino por tumor maligno, ninguna en 1992 y una en 1993, por accidente no especificado. En el grupo de 5 a 14 años se certificaron en 1991 cuatro defunciones, tres por enfermedades del sistema respiratorio y una por accidente. No se produjo ninguna muerte en 1992 y en 1993 solo se registró una por enfermedad infecciosa.

La salud del adulto

La Fundación para la Planificación Familiar, creada en 1970, tiene como meta promover la paternidad responsable, teniendo en cuenta la tradición cultural y religiosa de la población. Brinda servicios de anticoncepción a través de la Clínica Arubana de Planificación Familiar. Según datos de 1994, los métodos utilizados eran: anticonceptivos orales (41,7%); condones (41,1%); esterilización (5,7%); inyectables (5,2%); dispositivos intrauterinos (4,8%); y otros (1,4%). Aunque no existen datos de cobertura, se sabe que el número de mujeres que acuden a la Fundación está en aumento: 5.005 visitas en 1988 y 7.178 en 1994, lo que representa un incremento de 43%.

La mujer arubana puede optar por ser atendida en su embarazo por un médico general, una partera o un ginecólogo. Sin embargo, esta elección es hasta cierto punto limitada. Las que cuentan con un seguro médico privado y las empleadas del sector público y del sector privado pueden hacer su elección ellas mismas; las que tienen tarjetas PPK (tarjetas especiales para personas de escasos recursos económicos) están obligadas a usar los servicios de una partera. A fin de prepararse para el parto, las mujeres pueden seguir un curso de ejercicios prenatales. La Cruz Blanca y Amarilla (servicio de enfermería comunitario) también brinda cursos completos de instrucción para futuras madres y padres, orientándolos, entre otras cosas, con respecto a la alimentación de la madre y del niño, el crecimiento y desarrollo del feto, la higiene, la lactancia, el parto y el cuidado posnatal. Los partos normalmente se realizan en el Hospital General, pero las mujeres pueden también elegir dar a luz en el hogar.

Los nacimientos prematuros son relativamente poco frecuentes, pero cuando se sospecha que puede ocurrir uno, la madre es trasladada a Curazao (Antillas Neerlandesas), donde se cuenta con los servicios necesarios para su atención. Si el nacimiento prematuro ya se produjo, el niño es trasladado a Curazao tan pronto como su condición médica lo permite.

Según el Código Penal Arubano el aborto es un delito procesable. No se dispone de datos al respecto.

No existen muertes maternas certificadas para el período 1991–1993.

La salud del adulto mayor

Las causas más frecuentes de mortalidad de este grupo son las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores malignos, que representan 51% y 15% respectivamente. El 65% de la mortalidad mal definida corresponde a esta franja de edad, que experimentó un aumento importante en las últimas tres décadas: en 1960 representaba 3,1% de la población, en 1991, 7%, y en 1995, 6,6%.

Según el censo de 1991, la población empleada mayor de 60 años disminuyó de 1.187 (5% de la población empleada) a 887 (3%). En el momento de realizarse el censo, 13% de la población de 60 años y más estaba trabajando. Esta proporción representa una caída drástica en relación con la que registra el censo de 1981 (20,5%). Una posible explicación de este hecho es la reciente decisión (1 de julio de 1992) de reducir la edad para cobrar la pensión de vejez de 62 a 60 años. Existe un programa de pensión de vejez, reglamentado, que ha sido designado para garantizar un ingreso mínimo a los adultos mayores.

La Stichting Algemene Bejaardenzorg Aruba (SABA), una organización que provee atención a los adultos de 60 años y más, maneja tres residencias para ancianos con una capacidad total de 236 camas, que resulta insuficiente. El Gobierno subsidia los costos del personal de las fundaciones que proporcionan servicios de asistencia social a los ancianos en la comunidad.

La Cruz Blanca y Amarilla del distrito provee atención domiciliaria a ancianos. Hay dos centros de atención diurna que prestan sus servicios solo en las mañanas; sus programas son principalmente recreativos.

La salud de los trabajadores

Existe un servicio de atención a los trabajadores del sector público que realiza los exámenes de salud previos a la contratación, así como el control y seguimiento de los trabajadores enfermos. Se ocupa también de la prevención y el control de riesgos laborales y de los aspectos educativos de los trabajadores. A este servicio le compete el registro de accidentes y enfermedades laborales.

En 1995, 40% de los trabajadores del sector público eran mujeres, porcentaje que ha ido en aumento. La participación de los menores de 20 años en el mercado de trabajo ha experimentado una fuerte disminución debido a la prolongación del tiempo de estudio, y es en la actualidad muy baja. En el

grupo de 20 a 24 años de edad, la tasa de participación es considerablemente mayor (70,2% para los hombres y 62,7% para las mujeres).

Estudios realizados para los años 1994 y 1995 demostraron que las causas de morbilidad que producen mayor ausentismo laboral son la gripe, los trastornos digestivos y las cefaleas.

La salud de los discapacitados

Según datos correspondientes al censo de 1991, la prevalencia de discapacitados (considerada como deficiencia física y mental referida) fue de 5,5% (3.700). La más frecuente fue la deficiencia de un miembro (28,7%), seguida de discapacidades motoras (18,3%) y visuales (13,2%). Las discapacidades fueron levemente más frecuentes entre los hombres (5,7%) que entre las mujeres (5,4%).

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

En mayo de 1995 se informó el primer caso de dengue de un brote que afectó al país durante ocho meses. Se notificaron 67 casos sospechosos (57 en 1995 y 10 en 1996) y 45 fueron confirmados por serología, aislándose el serotipo 2. No se notificaron muertes ni casos de dengue hemorrágico. La epidemia de dengue es la segunda que se produce en Aruba, la primera, ocurrida en 1984–1985, afectó a 24.000 personas, con dos defunciones. El serotipo aislado fue el 1. No se han comunicado otras enfermedades de transmisión vectorial.

No se han notificado casos de poliomielitis o de parálisis flácida aguda, difteria, tos ferina o tétanos. En 1994 se notificaron cuatro casos de sarampión, ninguno en 1995 y cuatro sospechosos en 1996; el estudio serológico de estos últimos cuatro casos demostró que tres correspondían a rubéola y el otro se descartó como sarampión. En ese año se notificaron otros cinco casos de rubéola. En 1994 se comunicó un caso de parotiditis, dos en 1995 y ninguno en 1996.

No hay datos consolidados de coberturas de vacunación, pero las estimaciones realizadas indican 80% de cobertura de vacunación contra difteria, tos ferina y tétanos (DPT) y contra la poliomielitis al año y medio de edad, y de 100% a los 6 años.

En relación con la hepatitis B, se notificaron tres casos en 1994, uno en 1995 y uno en 1996.

No hay antecedentes de casos de cólera. Entre 1981 y 1996 la cantidad de casos de shigelosis osciló entre 10 (1981) y 89 (1990). En los últimos tres años se observa una reducción de 24 (0,3 por 1.000 habitantes), a 20 (0,2 por 1.000 habitantes) y a 13 casos (0,1 por 1.000 habitantes), que se atribuye a subregistro. Durante ese mismo período (1981–1996), los casos notificados de enfermedades infecciosas intestinales

por otras salmonelosis oscilaron entre 23 (1985) y 116 (1989).

Los datos del período 1981–1996 indican que la incidencia más alta de tuberculosis se registró en 1992 con siete casos, y en 1995 con ocho casos, la mayor parte de ellos en extranjeros. No se ha detectado farmacoresistencia y no se ha determinado asociación con el sida. Solo hay un caso de lepra, que fue diagnosticado en 1994.

Aunque no se tiene información sobre consultas por infecciones respiratorias agudas, se estima que constituyen una causa importante de morbilidad; los egresos hospitalarios de 1994 muestran que el riesgo de ingreso hospitalario debido a un cuadro de infección respiratoria aguda fue de 2,9 por 1.000 habitantes. Este riesgo resultó tres veces superior en el grupo de 1 a 4 años y en el de 65 y más años.

En el período 1987–1996 se registraron 25 casos de sida, 18 en varones y 7 en mujeres; 22 personas han fallecido. La investigación epidemiológica realizada indica que 94,4% de los varones se infectaron por transmisión sexual y 5,6% (1) probablemente por vía sanguínea (drogadicción). Todos los VIH positivos notificados a la División de Enfermedades Infecciosas reciben asesoría médica y psicológica posterior a la detección. Además de los consejos y del cuidado clínico para los pacientes infectados con VIH, las medidas de control incluyen la educación y el control sanitario, especialmente de las prostitutas, los pacientes con enfermedades de transmisión sexual y los donantes de sangre. En 1986–1995, la pesquisa de sangre para VIH detectó un caso seropositivo en 1986, tres en 1987 y uno en 1995. En los demás años no hubo pruebas positivas. Aproximadamente 50% de los seropositivos eran inmigrantes que solicitaban permiso de trabajo. De ellos, la mayoría retornó a su país, de modo que resultó imposible determinar cuántos desarrollaron la enfermedad o fallecieron a causa de ella.

La cantidad de casos de sífilis comunicada por los médicos osciló entre 14 (la más alta informada) en 1990 y 7 en 1995. En 1996 se decidió solicitar directamente la información de serologías positivas al laboratorio y se detectaron así 86 casos, por lo que se estima que las cifras anteriores presentan un importante subregistro de la enfermedad.

Los casos comunicados de blenorragia reflejan igualmente un subregistro; la cifra más alta se registró en 1990, con 53 casos. En 1996 se detectaron solo 3 casos.

No se notificaron casos de rabia u otras zoonosis.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

La encuesta sobre nutrición realizada en 1991–1992 (Kappel/Kock), indica que 67% de la población de Aruba tenía exceso de peso, con un índice de masa corporal (IMC) de 25 o

más, y 52% de la población tenía un IMC mayor de 27. El IMC medio encontrado entre las personas de 22 a 64 años era de 27,8. El problema del exceso de peso afecta a ambos sexos por igual. Se halló un IMC significativamente superior entre las personas de bajos ingresos que entre las de ingresos superiores. El IMC de las personas de 50 años y más era de 28,5 mientras que el de los adultos jóvenes de 21 a 34 años era de 27.

En 1995–1996 se realizó un control de obesidad en niños de primer y quinto grado; los resultados se compararon con los controles de 1994–1995. Se encontró que en los niños de primer grado el exceso de peso se había reducido de 13,4% a 12,0%. En el quinto grado se observó un incremento de 26,1% a 29,4%. No hay datos sobre desnutrición proteínocalórica en menores de 5 años.

Las autoridades arubanas no tienen una política oficial de promoción de la lactancia materna. En la práctica, muchas madres amamantan a sus hijos, aunque siempre emplean el alimento con biberón como suplemento.

La Encuesta Nacional de Salud de 1990 es un estudio descriptivo dirigido a la población en general para obtener información sobre el estado de salud, el consumo de alcohol, la demanda de servicios médicos y el grado de satisfacción con ellos. Los resultados de la encuesta indicaron que 66% se sentía saludable y que la hipertensión (9,8%) y la diabetes (4,3%) eran las enfermedades más prevalentes entre la población.

Los ingresos hospitalarios por diabetes mellitus fueron más frecuentes en las mujeres que en los hombres, lo que puede indicar que la enfermedad tiene mayor prevalencia en las primeras. El riesgo de requerir ingreso hospitalario por esta causa aumenta con la edad y es tres veces superior en el grupo de 65 años y más que en el de 45 a 64 años. La diabetes mellitus constituyó la cuarta causa de defunción en el período 1987–1993, con tendencia estable. En 1993, el riesgo de morir por esta causa resultó dos veces superior entre las mujeres.

La enfermedad isquémica del corazón ocupó el primer o segundo lugar como causa de muerte en el período 1991–1993.

En 1989 se realizó un estudio en una muestra de población de 15 a 74 años que permitió conocer la prevalencia de factores de riesgo coronarios. Así, la prevalencia de hipertensión arterial fue de 17%, sin que se haya encontrado diferencia significativa entre hombres y mujeres ni entre los niveles de colesterol en ambos sexos (12% de los hombres y 11% de las mujeres presentaron una hipercolesterolemia grave, y 23% de los hombres y 28% de las mujeres tuvieron cifras de colesterol compatibles con una hipercolesterolemia moderada: 5,2–6,4 mmol/l); la prevalencia de diabetes fue de 6%; la del hábito de fumar fue de 32% entre los hombres y 13% entre las mujeres; el exceso de peso se detectó en 60% de la muestra, el 35% presentó un exceso de peso moderado y 23%, grave. El exceso de peso en las mujeres fue significativamente superior al de los hombres.

Los tumores malignos constituyeron la segunda causa de muerte en el período 1987–1993. Las localizaciones más frecuentes son el estómago y la mama. Se observa una disminución de la mortalidad por esta causa en 1993 respecto de 1991, lo que puede atribuirse al alto porcentaje de muertes con causas mal definidas de ese año. Según informes anatómopatológicos de 1995 y 1996, 100% de los tumores malignos cervicouterinos diagnosticados fueron *in situ*; pero de 49 carcinomas de mama diagnosticados, 45 (92%) se encontraban en su estadio invasivo.

En el período 1987–1993 los accidentes ocuparon el tercer lugar como causa de muerte. En 1993, la única defunción en el grupo de 1 a 4 años fue por esta causa. En el grupo de varones de 15 a 44 años los accidentes (específicamente los de tráfico de vehículos de motor) constituyeron la principal causa de muerte. La única muerte ocurrida entre mujeres de 15 a 24 años fue debida a una causa violenta (homicidio). Según el registro de egresos hospitalarios, al menos 8 de cada 1.000 personas requirieron un ingreso por año a causa de accidentes, cifra 2,8 veces superior a los ingresos por infecciones respiratorias agudas.

En cuanto a los trastornos del comportamiento, durante el año escolar 1995–1996 la Fundación contra el Abuso de Drogas realizó una encuesta entre estudiantes de escuelas secundarias. Sobre una muestra de 625 estudiantes se obtuvo una tasa de respuesta de 98%. De los que respondieron, 25% admitió usar drogas (lícitas o ilícitas). De los que declararon haber usado drogas, 19,3% admitió tomar cerveza, 16,5% vino, 12,2% ron o whisky, 9,1% cigarrillos, 5,6% marihuana, 0,4% cocaína. Los efectos dañinos del uso de drogas lícitas se conocían más que los de las ilícitas. Los lugares donde se obtenían más comúnmente estas últimas eran la calle, las discotecas y la casa de amigos.

Con respecto a la salud oral, la División de Salud Oral Escolar del Departamento de Salud Pública realizó en 1990 un estudio de salud bucodental en escolares que indicó que de los escolares examinados de 4, 6, 9 y 12 años, 34% estaba libre de caries y 66% presentaba caries dentales. El índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) promedio de la muestra fue de 2,9. Las caries dentales fueron el componente más importante, seguidas por las extracciones. De las 37 escuelas de la muestra, 17 mostraban un índice CPO-D menor de 2,9, 6 tenían un índice CPO-D de 2,9, y 14 tenían un índice CPO-D mayor que 2,9. Tanto la extensión como la gravedad de las caries resultaron mayores en Santa Cruz y Sabaneta que en las otras partes del país. La capital Oranjestad era la región con menor problema de caries dentales. El índice CPO-D fue menor en el sexo femenino que en el masculino. La higiene bucal deficiente presentó mayor porcentaje en Sabaneta.

En cuanto a las enfermedades emergentes y reemergentes, no se han informado casos de meningitis meningocócica, hantavirus, ni encefalitis equina venezolana.

No se han informado desastres naturales ni accidentes industriales.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Gobierno actual ha contraído compromisos en relación con la reorganización de la salud pública, el manejo eficiente y coordinado de las acciones de salud, la distribución correcta de los recursos financieros, la información a la población sobre la importancia de la medicina preventiva y el mantenimiento y mejoramiento de la atención médica y paramédica.

La reorganización de la salud pública requiere revisar las leyes existentes; aplicar la ley de seguro general, cuya meta es reducir y controlar los gastos médicos; inventariar las áreas que estén relacionadas con la salud pública y lograr una coordinación entre ellas; acentuar la promoción y educación para la salud, teniendo en cuenta la prevención primaria, secundaria y terciaria; introducir un sistema de inspección de los servicios de salud pública.

La Ley de la Salud Pública (1952) contiene leyes generales, también conocidas como reglamentaciones organizacionales, que tratan de la organización, supervisión y promoción de la salud, y específicas (particulares), agrupadas según conciernan a las profesiones, a la salud mental, a la higiene, a las enfermedades, al control sanitario de animales y plantas, a la inspección de la carne, el ganado y la venta de productos cárneos, y a los entierros y cementerios. Las leyes específicas fueron promulgadas entre 1917 y 1969.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

El Departamento de Salud Pública de Aruba se ocupa de la promoción de la salud pública, la atención de la salud mental y psiquiátrica, la administración del laboratorio público, la ejecución de las leyes referentes a la salud pública y la supervisión de su cumplimiento.

Promoción de la salud. El Departamento de Salud Pública pone al alcance de la población información sanitaria a través de la radio y la televisión. La Sección de Relaciones Públicas y Promoción de la Salud distribuye material informativo (carteles, panfletos, folletos y calcomanías). Otros servicios del Departamento de Salud Pública brindan información al público en general, incluidos los colegios, sobre diversos temas de salud.

Prevención y control de enfermedades. El Servicio de Salud a la Juventud practica un examen físico anual a todos los estudiantes de primero a quinto grado, y se ocupa también de las vacunaciones.

El control de vectores lo lleva a cabo la División de Control de Vectores, que pertenece al Departamento de Salud Pública. Esta división controla todas las casas de la isla en lo relacionado con *Aedes aegypti*.

La División de Salud Animal y Salud Pública Veterinaria del Departamento de Salud Pública realiza investigación y análisis en el terreno así como en el laboratorio veterinario. Estas actividades están cubiertas por la ley veterinaria.

La División de Enfermedades Transmisibles se ocupa de la vigilancia epidemiológica de estas enfermedades mediante notificación coordinada con los servicios de salud. Este servicio provee regularmente información consolidada a la División de Epidemiología e Investigación. Por ley, las enfermedades transmisibles deben notificarse. Enfermeras de la División de Enfermedades Transmisibles hacen el seguimiento de los pacientes. Esta división realiza también el seguimiento de pacientes con VIH y los asesora.

Existe un laboratorio de salud pública que establece los diagnósticos para la vigilancia. La calidad de las pruebas de laboratorio se asegura mediante controles internos y externos.

Servicios de agua potable y alcantarillado. El suministro de agua potable en Aruba lo realiza la Compañía Agua y Energía (WEB), que abastece a unos 26.000 hogares. El consumo promedio mensual de agua per cápita en 1995 fue de 9 toneladas métricas. El agua potable se produce por desalinización del agua marina. WEB Aruba obtiene más de 31.000 toneladas métricas de agua desalinizada por día, lo que totaliza alrededor de 11 millones de toneladas métricas por año. La calidad del agua se basa en las normas de la Organización Mundial de la Salud. El agua de Aruba está considerada como una de las mejores del mundo; mensualmente se realizan pruebas químicas y bacteriológicas en 20 sitios de la isla para asegurar su calidad.

El tratamiento de las aguas servidas comprende el sistema individual, consistente en pozos negros, tanques sépticos o drenaje directo al mar y el colectivo, que puede ser mediante pozo negro central, purificación de aguas servidas y drenaje en el mar.

Servicios de manejo de residuos sólidos municipales, incluidos los hospitalarios. Para la disposición de residuos sólidos hay un vertedero de 12,5 hectáreas ubicado en Parkietenbos. Se arrojan allí diferentes tipos de desechos (basura de las casas, oficinas e industrias, de la industria hotelera, de restaurantes y cafés, residuos de construcción y demolición). No hay documentación disponible sobre cuánto desecho se arroja allí. Los desechos hospitalarios son también transportados y dispuestos en el vertedero municipal. Los desechos infecciosos

se queman en un incinerador que presenta problemas de operación y mantenimiento.

Protección y control de los alimentos. La División de Enfermedades Transmisibles controla cada seis meses a los manipuladores de alimentos con pruebas de shigella, salmonella y tuberculosis. Regularmente se toman muestras de alimentos que se envían al laboratorio para realizar los exámenes de control correspondientes.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Todas las personas que residen legalmente en la isla tienen acceso a la atención médica. Las personas pueden asegurarse en forma privada o a través de su empleador. A los que no están empleados, así como a los ancianos y a los minusválidos, se les provee una tarjeta PPK que les permite ser atendidos por médicos del Gobierno. El Gobierno cubre también los medicamentos que estas personas necesitan.

El principal hospital de Aruba es el Hospital Doctor Horacio Oduber. Se trata de una institución privada y sin fines de lucro, manejada por una fundación. Cuenta con 253 camas para pacientes internos, más 26 camas destinadas a la atención psiquiátrica. En 1994 se registraron 9.970 admisiones, con una tasa de ocupación de 87,2%. El hospital posee equipos de radiología y realiza por año 2.000 estudios de tomografía y 40.000 de rayos X. Ofrece servicios de medicina interna, cirugía, urología, ginecología y obstetricia, pediatría, otorrinolaringología, oftalmología, neurología, psiquiatría y rehabilitación. Cuenta con una sala de urgencias que funciona las 24 horas del día y que, en 1994, atendió a 25.293 pacientes, de los cuales 2.516 (9,9%) eran turistas.

El Centro Médico Dr. Rudy Engelbrecht está ubicado en San Nicolás, en un lugar central para la atención médica de los residentes de esta ciudad, así como de los de Savaneta, Pos Chiquito, Brasil y Cura Cabay, y de los reclusos del Instituto Correccional. El centro brinda principalmente atención primaria. Tiene una sala de emergencia que funciona las 24 horas bajo la supervisión de un médico general. A excepción de las parturientas, que pueden ser admitidas por su médico general, solo ingresan los pacientes que son enviados por un especialista.

Al 31 de diciembre de 1996 había en Aruba 32 médicos generales, 50 especialistas, 20 dentistas, 15 farmacéuticos, 4 veterinarios, 4 psicólogos y 3 obstétrices.

Formación del personal de salud

La mayoría de los médicos se forman en reconocidas instituciones de los Países Bajos y, en menor medida, en Colom-

bia, Costa Rica, Estados Unidos y Venezuela. Hay una escuela de enfermería en el Hospital, donde se puede obtener el grado de enfermero auxiliar. El grado de enfermero se obtiene en Curazao o en los Países Bajos.

La investigación en salud se considera una importante actividad para el desarrollo de la salud pública. En 1996 el fondo para el desarrollo de investigaciones del presupuesto del Departamento de Salud Pública fue de US\$ 29.000.

Inversión

El crecimiento económico equitativo y sostenido es claramente un objetivo de la política del gasto público en Aruba. Por ejemplo, el Plan de Desarrollo Sasaki y muchos otros proyectos de inversión pública tienen el objetivo específico de promover el desarrollo económico sostenido y equitativo. La inversión pública desempeña un papel importante en la formación del capital humano y físico. La inversión pública en infraestructura básica es un requisito esencial para la acumulación de capital en el sector privado.

La inversión es uno de los factores que permitió que Aruba financie su rápida expansión. La inversión total aumentó de alrededor de US\$ 95,3 millones o 20% del PIB en 1986, a US\$ 436 millones o 31% en 1991; sin embargo, cayó a alrededor de 24% del PIB en 1993 para recuperarse en 1994–1995, período en el que alcanzó a 27% del PIB aproximadamente, un valor coherente con el objetivo de la política macroeconómica de la tasa de 5% de crecimiento del PIB real.

Entre 1980 y 1995 pueden identificarse claramente tres tendencias distintas: en el período 1980–1985 se observa la disminución de la inversión y del crecimiento económico relacionado con ella, junto con una aceleración significativa de la tasa de crecimiento del desempleo; en el período 1985–1990 la inversión aumentó hasta alcanzar una tasa anual promedio de 31,5%, con el índice más alto (32,2%) registrado en la inversión privada, lo que proporcionó un fuerte impulso a la economía y, lo que es más importante, se produjo la recuperación del crecimiento económico que había permanecido estático durante los años de crisis. Por último, en el período 1990–1995 el aumento de la inversión total fue sumamente pequeño, con un crecimiento económico lento.

El análisis de los datos estadísticos disponibles demuestra que la contribución de la inversión privada al crecimiento total del PIB ha sido bastante amplia y que ha habido un aumento en el esfuerzo de formación del capital en los últimos 10 años. En enero de 1991 la inversión privada promedio como porcentaje del PIB alcanzó un nivel pico de 27%, que declinó a 20,8% en 1993 para comenzar a recuperarse en

1994 hasta alcanzar 24,4% del PIB en 1995. A lo largo del período, la inversión privada fue superior a la inversión pública. El acceso al capital extranjero constituyó un factor clave para el aumento de la tasa de inversión bruta. El Gobierno estimuló la inversión por medio de una combinación de incentivos fiscales. Estas políticas produjeron un impacto importante en la inversión privada, que se convirtió así en la mayor arma de crecimiento de la economía.

En el período 1986–1995 la inversión pública promedio alcanzó 3,8% del PIB y 12,8% del gasto total del Gobierno. Ambos, sin embargo, experimentaron una tendencia negativa desde 1987 que afectó a la inversión pública en el sector social, particularmente en educación y salud. La caída de la inversión pública responde a dos factores principales: el aumento de los salarios del sector público y la productividad relativamente baja en ingresos por impuestos. La inversión pública, incluida la ayuda foránea del Programa de Cooperación de Desarrollo de Holanda administrado por el Gabinete para las Antillas Neerlandesas y Aruba, que cayó relativamente menos que la inversión privada, experimentó cambios importantes en términos de asignación de prioridades. Estos cambios favorecieron a las empresas del Estado, principalmente en el sector energético, y los efectos negativos incluyeron la disminución del gasto de capital, operaciones y mantenimiento y de las inversiones en el terreno social (la educación y la salud en particular).

El alza en la inversión que había comenzado en 1995 continuó ganando fuerza durante el primer semestre de 1996 y se espera que la inversión pública aumente considerablemente en el período 1996–2000, sobre todo por la aplicación anticipada del Plan de Desarrollo Sasaki.

En relación con la inversión en salud planificada para el próximo período, el Ministerio ha asignado un alto grado de prioridad a la construcción de un hospital psiquiátrico con 60–80 camas para fines de 1996. El objetivo es unir el hospital psiquiátrico con un hospital general de apoyo de estructura limitada (70 camas), de modo que puedan compartir servicios comunes, tales como los de lavandería, laboratorio, departamento técnico y cocina.

De acuerdo con el presente plan, el Seguro Médico General se instrumentará por fases. En los primeros dos años, los gastos en salud probablemente aumentarán, y posteriormente se espera que disminuyan. Se espera también que la reorganización de los servicios con énfasis en la prevención permita disminuir los gastos de atención de la salud. En este sentido, las actividades de organizaciones como la Cruz Blanca y Amarilla resultan de gran importancia y es necesario mejorarlas e intensificarlas. La atención en el hogar, que está en aumento, debería expandirse para constituir una verdadera opción.

BAHAMAS

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La Mancomunidad de las Bahamas es un archipiélago de alrededor de 700 islas que abarcan una superficie de 13.933 km² y están diseminadas por 207.000 km² del Océano Atlántico. Más de 95% de sus habitantes viven en tan solo siete islas. Los dos centros de población principales son Nassau, la capital, situada en Nueva Providencia, y Freeport, emplazada en Gran Bahama. Las otras islas y cayos poblados se denominan Islas Family. Nueva Providencia es la isla más densamente poblada, con 904 personas por km². Únicamente otras tres islas o grupos de islas tienen una densidad de población superior a los 38,6 habitantes por km². De conformidad con el censo de 1990, Nueva Providencia reunía 67,4% de la población y Gran Bahama, 16%. El mismo censo puso de manifiesto que la familia media se componía por entonces de 3,8 personas: 3,9 en Nueva Providencia y 3,6 en Gran Bahama. Aunque se sabe que hay zonas en las cuales se hacina la gente, este problema no se ha cuantificado.

El compromiso contraído por el Gobierno con el desarrollo social queda corroborado con la asignación de aproximadamente 30% del presupuesto ordinario nacional a los sectores sociales y con la dedicación de especial consideración a la educación, la salud y la vivienda. Toda la población tiene acceso a la atención de salud y a los servicios básicos, aunque no los pueda pagar.

La educación es accesible para todos los segmentos de la población de las Bahamas y es obligatoria hasta los 14 años de edad. Hay en el país 213 escuelas, de las cuales 163 pertenecen al sector público; la matrícula total, en los niveles primario y secundario, es de alrededor de 61.500 alumnos y la razón maestro-estudiante, de 1:18.

El Colegio de las Bahamas, que es público, proporciona educación terciaria y ofrece títulos de asociado ("associate") y licenciado en letras y ciencias. Funcionan asimismo varias

instituciones privadas que están afiliadas a instituciones de enseñanza terciaria de los Estados Unidos de América y también otorgan títulos de asociado. También se ofrece formación técnica y profesional a cargo del Instituto Técnico y Profesional de las Bahamas.

En el presupuesto ordinario de 1996–1997 se asignaron al Ministerio de Salud US\$ 102.021.118 (13,3% del total del presupuesto), que representan un gasto per cápita de US\$ 359, aproximadamente (desde 1972 la tasa de cambio con respecto al dólar de los Estados Unidos es 1:1). Aunque el gasto en el sector salud ha aumentado constantemente entre 1986 y 1995–1996, ha disminuido de 15,6% a 13,6% como porcentaje del presupuesto nacional.

En su carácter de estado unitario independiente dentro de la Mancomunidad Británica de Naciones desde julio de 1973, las Bahamas constituyen una democracia parlamentaria basada en el modelo de Westminster/Whitehall; hay un Gobernador General que representa a la Corona Británica, una legislatura bicameral que comprende una Cámara de Representantes elegidos directamente y un Poder Judicial independiente. El Primer Ministro preside el Gabinete de Ministros y es también miembro de la legislatura. Los ministerios, a cuya cabeza está un ministro (político) y un secretario permanente (administrativo), junto con instituciones cuasigubernamentales, tienen a su cargo los asuntos de Estado. Con las elecciones de 1992 se produjo el primer cambio de gobierno en 25 años; este mismo gobierno ha retornado al poder en 1997.

La amplia dispersión geográfica de las islas entraña para el Gobierno muchos problemas logísticos para la organización y prestación de servicios, incluidos los de atención de salud. Con miras a solucionarlos, se ha establecido un sistema de administración local, que otorga a las Islas Family y a los distritos un mayor control de la gestión de los asuntos de Estado en sus comunidades. El Ministerio de Salud también ha puesto en marcha una iniciativa encaminada a acercar la gestión de los servicios de salud a las personas mediante el desarrollo de sistemas locales de salud en tres de las Islas Family:

Andros, Eleuthera y Long Island. Si tiene éxito, esta iniciativa se extenderá gradualmente a otras islas.

El turismo, incluido el comercio vinculado con el mismo, constituye con mucho la principal actividad económica, pues representa más de 50% del producto interno bruto (PIB) y 60% del empleo. Los servicios (tales como los servicios públicos, el turismo, la banca y los seguros), la pesca y la agricultura dan empleo a 80% aproximadamente de la fuerza laboral. Alrededor de 30,4% de los trabajadores tienen empleo en servicios comunitarios, sociales y personales, 13,5% en hoteles y restaurantes, 13,2% en el comercio mayorista y minorista, y 7,4% en servicios financieros, de seguros, inmobiliarios y comerciales.

Según los datos recibidos del Departamento de Estadística, se calculó que la tasa global de desempleo de 1996 era de 11,5%, lo que representó una mejora con respecto a la tasa máxima de 14,8% registrada en 1992. En Nueva Providencia, donde la tasa de 1996 fue de 11,9%, reside el mayor número de personas desempleadas. En Gran Bahama la tasa es de 10,6%.

Luego de la recesión de 1991–1992, la recuperación económica comenzó en 1993 y ha continuado. La producción creció 1% en 1995. Ese año, se estimó que el PIB era de US\$ 3.053 millones (en dólares de 1990); desde 1993 el PIB creció constantemente después de haber disminuido entre 1990 y 1992. La tasa media de crecimiento fue de -0,5% en el período 1990–1995. Durante ese mismo período el PIB per cápita descendió de US\$ 12.291 a US\$ 11.059, con una tasa de cambio anual que fue en promedio de -2,1%. Con respecto al gasto en salud, en 1990 se estimó que el gasto público y el privado eran 2,63% y alrededor de 2,20% del PIB, respectivamente.

Los principales objetivos de las políticas monetarias y fiscales básicas que procuran desarrollar las autoridades siguen siendo el mantenimiento de la estabilidad macroeconómica, el aumento de la competitividad en todos sus aspectos y el estímulo del desarrollo sostenible impulsado por el sector privado a corto y mediano plazo. Una cuestión clave en las Bahamas es la diversificación de la economía, que se conseguirá reforzando los vínculos intersectoriales del sector del turismo y el resto de la economía y mejorando la infraestructura de las Islas Family para promover su desarrollo económico. Esta iniciativa, que se puso en marcha en 1994 particularmente con respecto a los caminos, los aeropuertos, los sistemas de provisión de agua y alcantarillado y la electricidad, ha empezado a pagar dividendos, como queda demostrado por el crecimiento de la inversión extranjera fuera de Nueva Providencia y Gran Bahama.

En el presupuesto de 1996–1997 se reafirmó el compromiso contraído por el Gobierno de consolidar el mejoramiento de la situación económica y social, con la puesta en práctica de las reformas institucionales necesarias y la preservación de un clima propicio para las inversiones internas e internacionales.

Población

Se estimó que la población de las Bahamas era de 284.000 habitantes a mediados de 1996. Alrededor de un tercio de la población tiene menos de 15 años de edad y aproximadamente 5%, más de 65 años. Se estimó que el crecimiento anual de la población fue de 1,97% entre 1980 y 1990, en tanto que el crecimiento urbano fue de 2,35%. La tasa bruta de crecimiento vegetativo por 1.000 habitantes aumentó de 18,1 en 1988 a 20,4 en 1992 y después descendió constantemente hasta llegar a 16,2 en 1995. En el momento de realizarse el censo de 1990, la relación de dependencia fue de 58,5; los jóvenes (menores de 15 años) representaban 51,0 de esa cifra y las personas de edad avanzada (65 años y más), 7,5.

La esperanza de vida al nacer ha aumentado continuamente, elevándose de unos 60 años en el período 1950–1955 a 73 años aproximadamente en 1990–1995 (76 años para las mujeres y 69 años para los hombres).

De 1988 a 1992 la tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes fluctuaba entre 22,7 y 25,6. Después, la tasa descendió regularmente hasta llegar a 22,4 en 1995. La estructura de la fecundidad ha seguido siendo similar entre 1976 y 1995; la mayor fecundidad se registró en los grupos de 20 a 24 años y 25 a 29 años de edad. Se ha producido un marcado descenso de la fecundidad en estos grupos en el último decenio. Sin embargo, en el grupo de 15 a 19 años, que es el tercero en materia de fecundidad, y en el grupo de 40 años y más, no se han observado cambios. El único grupo en el cual se registró un aumento fue el de 35 a 39 años, probablemente porque las mujeres optan por postergar su embarazo para seguir una carrera profesional.

Confiabilidad de las estadísticas demográficas

La ley estipula que queden registrados los nacimientos, las defunciones y los matrimonios en las Bahamas. Es obligación legal inscribir los nacimientos en los primeros 21 días posteriores al parto. Con respecto a las defunciones, el certificado médico de defunción, con la relación de las causas directas o básicas de muerte, debe ser extendido por un médico (o, en raras ocasiones y en zonas remotas, por una enfermera) y presentado en el Registro Civil correspondiente antes de que se realice el entierro. El funcionario actuante registra el fallecimiento y emite un certificado de defunción.

La evaluación de la cobertura del sistema de inscripción de los nacimientos actualmente en marcha se puede llevar a cabo porque los servicios de obstetricia de todo el país, incluidos los que se brindan en hospitales y dispensarios privados y públicos, proporcionan rutinariamente al Ministerio de Salud informes de todos los nacimientos que han tenido lugar en sus establecimientos. Estos informes sirven de base para

realizar una estimación del verdadero número de nacimientos. Con esta evaluación se puso de relieve que hay un porcentaje de subregistro que ha aumentado constantemente hasta llegar a un máximo de 33% en 1995. Asimismo, ha permitido la realización de los ajustes necesarios en los indicadores básicos de salud derivados de los datos relativos a los nacimientos, tales como las tasas de mortalidad neonatal e infantil. La validez de este procedimiento se ve apoyada por estudios que han demostrado que no más de 1% de los nacimientos en el país ocurren fuera de los servicios de salud o sin el conocimiento y la probable asistencia de personal de salud capacitado, que eleva al Ministerio de Salud sus propias estadísticas sobre todos los nacimientos que conoce.

Los datos sobre mortinatalidad, en particular los que corresponden a 1991 y 1993, indican que el sistema de registro tiene una cobertura que no llega a ser satisfactoria, probablemente por fallas en la documentación y en la observancia de las definiciones.

En las Bahamas, las prácticas actuales permiten la duplicación de los códigos que se asignan a las causas de las defunciones producidas en los hospitales públicos: un código es el de las historias clínicas confeccionadas por el personal médico y otro es el de los funcionarios del Departamento de Estadísticas, el organismo oficial a cargo de la publicación de las estadísticas sobre las muertes. Para efectuar la codificación, el Departamento de Estadísticas utiliza copias de los certificados médicos de muerte obtenidos en la sección correspondiente del Registro Civil, en tanto que el personal de los hospitales tiene acceso a las historias clínicas y no tan solo a los certificados. En estas instituciones la codificación es por completo independiente, sin ninguna comprobación. Las estadísticas nacionales de causas de muerte se basan en la codificación del Departamento de Estadísticas.

En 1996 se llevó a cabo un estudio para evaluar la calidad de los datos sobre mortalidad, en el cual se utilizaron los datos obtenidos en 1994 en el Hospital Princess Margaret, donde tuvo su origen más de 80% de los certificados médicos de defunción. Los resultados indicaron que el subregistro, estimado en menos de 5%, no era un problema importante. Sin embargo, es preciso mejorar el sistema de codificación y procesamiento de los datos relativos a las muertes. Cuando los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) asignados a las muertes ocurridas en el Hospital Princess Margaret o después de una internación en él se compararon con los empleados por el Departamento de Estadísticas, la concordancia fue tan solo de 65,7% con respecto a los códigos de tres dígitos y mucho menor para los más precisos de cuatro dígitos. Como consecuencia de este estudio, se recomendó que se celebraran talleres para médicos y otros miembros del personal de salud sobre el llenado correcto de los certificados médicos de defunción y para que las instituciones comprobaran su codificación y solucionaran las discrepancias mediante

conversaciones bilaterales (el primero de esos talleres se llevó a cabo durante el primer trimestre de 1997).

Menos de 2% de las muertes registradas en 1995 fueron clasificadas como provocadas por estados morbosos mal definidos.

Mortalidad

En 1995 se registraron 1.604 muertes, que representaron una tasa bruta de mortalidad de 5,75 por 1.000 habitantes. Las 10 causas principales de muerte provocaron 86,3% de las muertes por causas definidas. Aunque la tasa cruda de mortalidad por 1.000 habitantes ha estado por debajo de 6,0 durante los dos últimos decenios como mínimo, entre 1990 y 1995 dicha tasa aumentó de 5,3 a 5,7: esta última fue la más alta desde 1989, cuando fue de 5,9.

Las enfermedades tales como la hipertensión, la diabetes, el infarto de miocardio, la apoplejía y el cáncer constituyen gran preocupación para la población de las Bahamas. Estas enfermedades figuran entre las principales causas de mortalidad y representan casi 45% de las muertes que se producen en el país. Estas enfermedades también provocan más morbilidad que cualquier otro grupo de afecciones.

Las primeras cinco causas de muerte están relacionadas con los modos de vida y tres de ellas se conectan con la nutrición. En 1995 la principal causa de muerte de la población general fueron las cardiopatías (102,9 por 100.000 habitantes), que representaron 18,2% del total de defunciones. Les siguieron en orden de importancia el sida (97,1 por 100.000 habitantes y 17,2%), los tumores malignos (85,3 por 100.000 y 15,1%), las enfermedades cerebrovasculares (46,6 por 100.000 y 8,2%) y los accidentes, la violencia y las intoxicaciones (39,8 por 100.000 y 7,0%).

Durante el último decenio, poco más o menos, las enfermedades incluidas entre las principales causas de muerte han permanecido relativamente estables, con excepción del sida y los trastornos conexos. Desde 1985, año en que fueron instituidas las pruebas de detección del VIH en las Bahamas, la proporción de muertes atribuidas al sida ha aumentado constantemente, y en 1994 esta enfermedad reemplazó a los tumores malignos como segunda causa de muerte. También en ese año los accidentes, la violencia y las intoxicaciones intercambiaron posiciones con las enfermedades cerebrovasculares y se convirtieron, respectivamente, en la cuarta y quinta causas de muertes. En 1986 —el primer año completo durante el cual se dispuso de datos sobre la infección por el VIH y el sida— la proporción de las muertes registradas atribuibles al sida fue aproximadamente de 2%. Hacia 1995 esta proporción aumentó a 17,2%. Antes de la aparición del sida, la única enfermedad infecciosa que figuraba entre las principales causas de muerte era la neumonía.

Existen diferencias significativas en cuanto a los niveles de mortalidad y el ordenamiento de las principales causas de muerte entre hombres y mujeres. En 1995 la tasa de mortalidad masculina fue de 635,5 por 100.000 hombres y la femenina, de 515,6 por 100.000 mujeres. A partir de 1991 ha habido un aumento de la tasa correspondiente a ambos sexos. Sin embargo, mientras la tasa para los hombres permaneció casi constante entre 1993 y 1995, la de las mujeres creció constantemente de 441 en 1991 a 515,6 en 1995. No obstante, a pesar del aumento de la tasa de mortalidad entre las mujeres en su conjunto, la tasa de mortalidad para el grupo de 15 a 44 años de edad descendió de 195,1 a 132,4 entre 1993 y 1995.

Las tres causas de muerte más significativas en los hombres fueron el sida (con una tasa de 130,4 por 100.000 hombres y 20,9% de las defunciones por causas definidas), las cardiopatías (102,9 por 100.000 y 16,5%) y los tumores malignos (91,3 por 100.000 y 14,6%). Los accidentes, la violencia y las intoxicaciones, que en 1994 fueron la segunda de las principales causas de muerte con 113,6 por 100.000, descendieron al cuarto lugar (66,7 por 100.000 y 10,7%). Si son examinados como grupo los hombres de 15 a 44 años, las dos causas de muerte más comunes son, con mucho, el sida (171,0 por 100.000 habitantes y 46,5%) y los accidentes, la violencia y las intoxicaciones (85,5 por 100.000 y 23,3%). Los siguen las cardiopatías y los tumores malignos (ambos con tasas de 18,5 por 100.000 que representan, cada una, 5%).

Entre las mujeres, las causas de muerte más frecuentes fueron las cardiopatías (102,8 por 100.000 mujeres y 20,3%), los tumores malignos (79,4 por 100.000 y 15,7%) y el sida (64,5 por 100.000 y 12,7%). Las enfermedades cerebrovasculares, que fueron la cuarta de las causas más comunes de muerte, representaron 10,6% de las muertes de mujeres, con una tasa de 53,9 por 100.000. La mayor diferencia entre las principales causas de muerte de hombres y mujeres se encuentra en los accidentes, la violencia y las intoxicaciones, que figuraron en noveno lugar para las mujeres, con una tasa de 13,5 por 100.000. El orden de las tres primeras causas se invierte en el grupo de 15 a 44 años de edad, en el cual la más común fue el sida (83,3 por 100.000 mujeres en ese grupo de edad, lo que representaba 41,1% de las defunciones), seguida por los tumores malignos (29,2 por 100.000 y 14,4%) y las cardiopatías y los accidentes, la violencia y las intoxicaciones (en ambos casos 12,5 por 100.000 y 6,2%). Las 10 primeras causas de muerte en este grupo de edad representaron 87,7% de las defunciones por causas definidas.

Según datos de 1995, las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes mellitus son las dos únicas causas de muerte que entrañan un mayor riesgo para la vida de la población femenina que para la vida de la población masculina en las Bahamas. La diabetes, que parecía ofrecer menos riesgo de muerte para las mujeres en los últimos años (pues había pasado del

tercer lugar al sexto, con tasas que habían descendido de 39 por 100.000 mujeres en 1991 a 27,7 por 100.000 en 1993), volvió a incrementar el número de afectados en 1994 y pasó a ocupar el quinto lugar en 1995, con una tasa de 42,6 por 100.000 y una mortalidad proporcional de 8,4% de las muertes por causas definidas. La tasa de mortalidad por esta enfermedad para los hombres, que ya era inferior que la correspondiente a las mujeres, también había descendido de 20 por 100.000 en 1991 a 16,7 en 1993, cuando figuraba en el décimo lugar como causa de muerte. Empero, en 1994 la diabetes pasó a ocupar el séptimo lugar y, como ocurrió con las mujeres, la tasa aumentó aún más a 29,7 por 100.000 en 1995, cuando ocupaba el sexto lugar.

Los accidentes y la violencia se sitúan entre los primeros lugares en la lista de causas de muerte de la población en su conjunto. En 1994, 31% de las muertes relacionadas con heridas se debieron a la violencia. El problema es muy importante entre los hombres de 15 a 44 años de edad y los niños menores de 15. En 1994, alrededor de 37% de las muertes de hombres de 15 a 44 años se debieron a accidentes o actos de violencia.

Entre 1984 y 1995 las muertes maternas fueron muy pocas (entre una y cuatro por año) y, por consiguiente, la tasa fluctuó mucho, de 1,5 a 6,4 por 10.000 nacidos vivos; esta última cifra alcanzó su punto más alto en 1995. Entre 1988 y 1995 únicamente hubo dos años durante los cuales las muertes que se produjeron fueron más de una: 1989 (dos muertes) y 1995 (cuatro muertes).

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Las principales fuentes de datos de esta sección son los registros con los diagnósticos de egresos de los pacientes del Hospital Princess Margaret, que representan aproximadamente 75% de las altas de pacientes agudos en el sector público, y del Hospital Rand Memorial, que constituyen el resto. También se utilizan los datos de los informes mensuales de los centros de salud comunitarios y del sistema de vigilancia de las enfermedades de notificación obligatoria.

Análisis por grupos de población

La salud del niño

En 1994 correspondía al grupo de los menores de 5 años el mayor porcentaje de ingresos por 1.000 habitantes en el Hospital Princess Margaret. Las enfermedades de las vías respiratorias fueron la causa de más de 75% de los ingresos de niños de menos de 5 años; el asma, la bronquitis y la neumonía fueron las causas principales en ese grupo de enfermedades.

En los centros de salud comunitarios, las infecciones de las vías respiratorias superiores, con exclusión del resfrío común, fueron las enfermedades observadas más a menudo en los niños menores de 5 años entre 1992 y 1995. Esta afirmación seguía siendo válida una vez desglosados los datos para Nueva Providencia, Gran Bahama y las Islas Family. En Gran Bahama y las Islas Family los traumatismos ocuparon el segundo lugar entre los problemas advertidos con más frecuencia en dicho grupo de edad; en Nueva Providencia este segundo lugar correspondió a las enfermedades del oído. Esta situación puede ser producto de las opciones de que se dispone en Nueva Providencia en materia de atención de salud, pues es probable que los niños con traumatismos sean llevados directamente al Hospital Princess Margaret. La bronquitis aguda también apareció entre las cinco primeras causas de enfermedad en el grupo de los menores de 5 años tanto en Gran Bahama como en Nueva Providencia, aunque no en las Islas Family. La gastroenteritis aguda se encontraba entre las tres primeras causas de enfermedad en Nueva Providencia y las Islas Family, pero no figuraba ni siquiera entre las cinco primeras en Gran Bahama. Aunque la candidiasis estaba entre las cinco primeras en Gran Bahama y en 1995 apareció como número cinco en Nueva Providencia, por entonces no era una de las causas más comunes en las Islas Family.

Niños menores de 1 año. Se produjo una declinación de la mortalidad infantil desde el nivel de 1986, de 30,2 por 1.000 nacidos vivos, hasta el de 1995, de 19,0 por 1.000 nacidos vivos. En los dos últimos decenios la causa principal de mortalidad infantil fueron "ciertas afecciones originadas en el período perinatal". Entre 1984 y 1994 la tasa correspondiente a esta causa aumentó regularmente de 10,4 por 1.000 nacidos vivos a 16,8 por 1.000 nacidos vivos. En 1995 descendió a 8,8 muertes por 1.000 nacidos vivos. Desde 1989 las "anomalías congénitas" han ocupado el segundo lugar entre las causas más frecuentes de muerte, con una tasa entre 2,4 y 3,9 por 1.000. Entre 1989 y 1995 el sida pasó del quinto al tercer lugar entre las principales causas de muerte infantil; la tasa aumentó de 1,2 por 1.000 nacidos vivos en 1989 a 2,8 por 1.000 nacidos vivos en 1994 y después descendió a 1,1 por 1.000 nacidos vivos en 1995. Se confía en que esta tasa baje aún más en 1996 como consecuencia de la iniciación de un programa de tratamiento con azidotimidina (AZT) de las embarazadas VIH positivas. Estas mismas tres causas son las principales culpables de las muertes neonatales y posneonatales. Redondeando las cifras, se estimó que hubo 79 mortinatos (10,7 por 1.000 nacidos en total) y que las tasas de mortalidad perinatal y neonatal fueron de 19,4 y 11,5 por 1.000 nacidos en total y 1.000 nacidos vivos, respectivamente. La tendencia de ambas tasas ha sido descendente desde fines de los años setenta.

En 1993 se estimó que aproximadamente 10,2% de los niños habían tenido bajo peso al nacer (que se define como

peso menor de 2,5 kg). Los registros correspondientes a 1995 indican que 9,8% de los recién nacidos en el Hospital Princess Margaret, en Nueva Providencia, tenía bajo peso al nacer. En el Hospital Rand Memorial, en Gran Bahama, fueron clasificados de esa manera 9,1% de los recién nacidos y en las Islas Family la cifra fue de 5,1%.

En 1991 (el año más reciente respecto del cual se dispone de datos) se registraron en el Hospital Princess Margaret 1.563 ingresos de niños menores de 1 año de edad. Las causas principales fueron la neumonía y la influenza (que representaron 18,9% de los casos), seguidas por las enfermedades intestinales infecciosas (12,7%), ciertas causas de morbilidad perinatal (12,5%), las enfermedades de las vías respiratorias superiores (9,0%) y otras enfermedades de las vías respiratorias (5,4%). La enfermedad infecciosa más a menudo notificada fue la gastroenteritis. En los niños del sexo masculino representó más casos que las otras causas principales combinadas: amebiasis, disentería, influenza y varicela, en este orden. En los niños de sexo femenino el orden fue el inverso.

No hay datos sobre el nivel de nutrición de los niños de este grupo de edad. Para conocer la información sobre las enfermedades incluidas en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), véase la sección "Enfermedades inmunoprevenibles".

Niños de 1 a 4 años de edad. En 1995 la tasa de mortalidad específica en el grupo de edad de 1 a 4 años fue de 4,1 por 10.000. Entre 1994 y 1995 hubo una notable reducción del número de muertes en este grupo, que pasó de 28 a 10. Esto se debió principalmente a la reducción de las muertes por accidentes, violencia e intoxicaciones y por sida, las dos causas de muerte más comunes en este grupo etario entre 1991 y 1994. Casi la mitad (46,4%) de las 28 muertes registradas en 1994 fue provocada por accidentes, violencia e intoxicaciones; el sida, por su parte, provocó 21,4%. En 1995 el sida fue reemplazado por las anomalías congénitas en el segundo lugar entre las causas principales de muerte (dos defunciones, 20%). Los accidentes, la violencia y las intoxicaciones, con tres muertes y una tasa de 12,0 por 100.000 niños de esta edad específica, fueron la causa de 30% de las defunciones. Cada una de las restantes causas de muerte provocó un deceso.

Niños de 5 a 14 años de edad. De las 20 muertes registradas en 1995 en el grupo de cinco a 14 años de edad, cinco (25%) fueron causadas por sida (9 por 100.000), 3 (15%) por neumonía (5 por 100.000) y otras tantas por accidentes, violencia e intoxicaciones. Dos muertes (10%, 4 por 100.000) fueron provocadas por tumores malignos y otras tantas por cardiopatías. En los últimos años las defunciones en este grupo de edad han fluctuado entre 10 (1993) y 20 (1991, 1994 y 1995). La causa de muerte más común hasta 1995 fueron los accidentes, la violencia y las intoxicaciones; posteriormente los reemplazó el sida.

De los decesos producidos en 1995, 11 correspondieron al grupo de 5 a 9 años de edad y nueve al de 10 a 14. En ambos grupos el sida fue la principal causa de muerte; otras causas fueron la neumonía, los accidentes, la violencia y las intoxicaciones y las cardiopatías.

La salud del adolescente y del adulto joven (de 15 a 44 años de edad)

Aunque ha habido una firme tendencia a la baja en la tasa de natalidad entre las mujeres menores de 20 años, el embarazo de las adolescentes continúa siendo motivo de preocupación en todo el país. En 1994, aproximadamente 15% de los nacimientos fueron de madres del grupo de 15 a 19 años de edad. Un hecho que provoca preocupación es el reciente aumento de los niños nacidos de madres menores de 15 años de edad: en efecto, se observa un salto de 7 y 5 nacimientos en 1991 y 1992, respectivamente, a 34 y 20 nacimientos en 1993 y 1994, respectivamente. En 1993 el número de niños nacidos de madres de este grupo de edad fue el mayor de los registrados desde 1987.

En general, las tasas de natalidad entre las adolescentes fueron más altas en Nueva Providencia y Gran Bahama hasta 1990. Después se observó una notable reducción de la tasa en Gran Bahama, que se acercó a los niveles constantemente más bajos que se registran en las otras Islas Family. Quizás este fenómeno refleje la emigración de personas en edad reproductiva a Nueva Providencia, incluso desde Gran Bahama.

En 1995 se produjeron únicamente seis muertes en el grupo de 15 a 19 años de edad: dos de ellas fueron clasificadas en la categoría de accidentes, violencia e intoxicaciones y una en otras categorías.

En 1995 las cinco causas principales de muerte en el grupo de 15 a 44 años de edad fueron las mismas para hombres y mujeres, aunque en distinto orden. En uno y otro sexo la causa principal fue el sida y el complejo relacionado con el sida. En los hombres, la tasa específica por edad fue 170,5 por 100.000, superior a la de 120,0 por 100.000 de 1993. El sida reemplazó a los accidentes como primera causa de muerte entre 1991 y 1993 y se ha mantenido en ese lugar. En 1995 las otras causas principales para los hombres fueron los accidentes, la violencia y las intoxicaciones, con 85,5 por 100.000 (por debajo de 97,6 por 100.000 en 1993) y las cardiopatías y los tumores malignos (ambos con 18,5 por 100.000). Estas últimas dos causas han mostrado tendencia a aumentar. Las "otras enfermedades del sistema respiratorio" se ubicaron en quinto lugar (17,1 por 100.000) en 1995. El número total de muertes de hombres de este grupo de edad aumentó de 180 en 1991 a 260 en 1995.

El número de muertes de mujeres del grupo de 15 a 44 años de edad aumentó de 103 en 1991 a 147 en 1995. En este último año, la tasa de mortalidad específica por edad por sida en las mujeres fue de 83,3 por 100.000. La segunda de las

causas de muerte más comunes entre las mujeres correspondió a los tumores malignos (29,2 por 100.000), seguidos por las cardiopatías y los accidentes, la violencia y las intoxicaciones (ambas con 12,5 por 100.000). Cabe señalar que el sida ha sido con mucho la principal causa de muerte de las mujeres de este grupo de edad, en tanto que para los hombres el sida y las lesiones son igualmente importantes.

Se estimó que la tasa total de fecundidad de las mujeres de las Bahamas fue de 2,43 en 1995. La comparación de las recientes tasas de fecundidad por edad con las de los años setenta y ochenta indica que la fecundidad declina en todos los grupos de edad, con excepción del que forman las mujeres de 35 a 39 años, en el que ha ido aumentando desde mediados de los años ochenta. Aunque las mujeres de esta cohorte tienen más hijos que las mujeres de la misma edad en el decenio de 1980, tienen menos si la comparación se establece con el decenio de 1970. Las tasas de fecundidad más altas se encuentran entre las mujeres de 20 a 24 años de edad (129,6 por 1.000 mujeres), a las que sigue de cerca el grupo de 25 a 29 años de edad. Las mujeres optan ahora por postergar la fundación de una familia y tienen su primer hijo a una edad más avanzada; en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (1988–1989) se comprobó que las mujeres que quedaban embarazadas por primera vez cuando ya eran más mayores tenían un nivel de educación más elevado.

Entre 1992 y 1994 el número de nuevas clientas que asistieron a dispensarios comunitarios para atención prenatal descendió de 5.427 a 4.805. Esta característica se mantuvo en Nueva Providencia, Gran Bahama y las Islas Family. Las mujeres de las Islas Family y Gran Bahama solían realizar su consulta antes que las de Nueva Providencia: así lo demostró el porcentaje de las que recurrían al médico antes de la decimosexta semana del embarazo (38%, 31% y 24%, respectivamente). Durante este período, el número medio de visitas por usuaria permaneció bastante constante en torno de 7,1 en Nueva Providencia, 5,6 en Gran Bahama y 5,5 en las Islas Family, a la inversa del orden correspondiente a la visita temprana hecha al dispensario por primera vez.

La salud del adulto de 45 a 64 años de edad

No se encuentran fácilmente datos actuales sobre la morbilidad de este grupo de edad porque la introducción incompleta de cambios en los programas de computadora ha demorado su procesamiento. Los datos más recientes sobre morbilidad se refieren a las principales causas de morbilidad de los pacientes internados en el Hospital Princess Margaret en 1991. Ellas fueron las cardiopatías, "otras enfermedades del aparato digestivo" y la diabetes. Estos datos no fueron desglosados por sexo. Los cambios de ubicación entre el grupo de edad más joven y los de este grupo reflejan fundamentalmente una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas.

En 1995 las tres causas principales de mortalidad, que en conjunto resultaron las responsables por 57% de las muertes, fueron los tumores malignos (21,0%, con una tasa específica por edad de 2.136 por 100.000 habitantes), las cardiopatías (19,7% y 2.004 por 100.000) y el sida (16,6% y 1.688 por 100.000).

La salud del adulto mayor (de 65 años y más)

Las enfermedades crónicas son las causas predominantes de la mortalidad de las personas de 65 años y más. En 1995 las cuatro causas de muerte más importantes fueron responsables por 72% de la mortalidad. Las causas de mortalidad más comunes fueron las cardiopatías (28,4%), con una tasa específica por edad de 1.376,5 por 100.000 personas, seguidas por los tumores malignos (18,6%, con una tasa de 900,3 por 100.000), la enfermedad cerebrovascular (14,3% y 692,0 por 100.000) y la diabetes mellitus (10,7% y 520,8 por 100.000). Si bien es cierto que las tasas correspondientes a todas estas enfermedades aumentaron durante los tres años anteriores a 1995, la tasa de la diabetes mellitus prácticamente se duplicó, pues pasó de 283 a 521. Las enfermedades de las vías respiratorias y del sistema circulatorio figuran asimismo entre las causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad.

Entre 1984 y 1995 la tasa de mortalidad correspondiente a las cardiopatías permaneció prácticamente sin cambios, aunque experimentó un ligero aumento, primero, en 1989 y después, aunque en menor medida, en 1995. Aunque hasta 1993 las tasas correspondientes a los tumores malignos y la diabetes mellitus estuvieron en descenso, desde ese año aumentaron de nuevo. Por su parte, la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular ha aumentado regularmente desde 1984. Las muertes por neumonía, que alcanzaron su punto máximo en 1979, disminuyeron desde entonces de manera constante.

En 1991 (el año más reciente con respecto al cual se dispone de los datos correspondientes), la cardiopatía isquémica y la enfermedad hipertensiva fueron las principales causas de muerte por cardiopatía en este grupo de edad. Los tumores malignos de los órganos del aparato digestivo y del peritoneo fueron, junto con los de la próstata, las principales causas de muerte por cáncer.

La salud de la familia

La tasa de matrimonios (número de matrimonios durante un año determinado por 1.000 personas) se mantuvo bastante constante entre 1988 y 1995, pues osciló entre 8,6 y 9,7. En 1994 (el año más reciente con respecto al cual se dispone de información), la mayoría (55%) de las mujeres que contra-

ieron matrimonio tenían entre 25 y 30 años, en tanto que 52% de los hombres se casaban entre los 30 y 39 años. Durante el mismo período la tasa de divorcios (número de divorcios durante un año determinado por 1.000 matrimonios contraídos ese mismo año) fue fluctuante y no mostró una tendencia clara. Alcanzó su punto más alto en 1994 con 18,7 (474 divorcios otorgados). Los divorcios fueron más frecuentes entre las parejas sin hijos (30%) y entre las que tenían uno solo (26%). Por el contrario, las parejas con cinco o más hijos representaron tan solo 4% de los divorcios.

En 1995 un poco más de la mitad (53,3%) de los nacimientos registrados se produjeron fuera del matrimonio. De estos nacimientos, 525 (23,1%) fueron de madres adolescentes, 1.578 (69,3%) de madres de 20 a 34 años de edad y 173 (7,6%) de madres de 35 años y más.

Según el censo de población de 1990, 25,3% de los hogares estaban encabezados por progenitores solteros. La mayoría de las cabezas de familia de estos hogares (57,1%) eran mujeres.

Aunque se sabe que la violencia doméstica es un problema en las Bahamas, en la actualidad se dispone de muy pocos datos que permitan estimar su verdadera magnitud. De las 1.226 agresiones contra mujeres que fueron atendidas en 1993 en el Departamento de Accidentes y Urgencias del Hospital Princess Margaret, se conocieron sus autores en 245 casos, aunque no quedó documentada su relación con las víctimas. El Centro para las Crisis (una organización no gubernamental), en cooperación con el Ministerio de Salud, dirige un servicio de asesoramiento y educación cuyo propósito es ayudar a cualquier persona a enfrentar situaciones de violencia en el hogar. En 1993 tan solo 66 víctimas de la violencia doméstica recurrieron al Centro en busca de asistencia.

La salud de los trabajadores

En la actualidad, la atención médica y la indemnización de los trabajadores accidentados en el trabajo están a cargo de la Junta Nacional de Seguros. Por conducto de esta institución, los trabajadores con lesiones relacionadas con su trabajo obtienen la cobertura total de sus facturas médicas, tanto internamente como en el exterior, si han seguido correctamente los procedimientos de remisión estipulados.

Los datos de las reclamaciones procesados por la Junta Nacional de Seguros indican que en 1996 las cinco causas más frecuentes de ausentismo del lugar de trabajo fueron los "trastornos femeninos", los problemas osteomusculares, las fracturas, los esguinces-desgarros-luxaciones y las infecciones, incluido el sida. Por su parte, las cinco causas más frecuentes de invalidez fueron el sida, los trastornos psiquiátricos, las enfermedades cardiovasculares, las artritis, fracturas y problemas cutáneos, y las afecciones neurológicas.

Como cabe esperar si se tiene en cuenta su representación proporcional en la fuerza laboral, las personas que trabajan en hoteles constituyen la categoría de empleados más frecuentemente accidentados en su lugar de trabajo; los siguen los funcionarios públicos. Se comprobó que los obreros de la construcción ocupaban el tercer lugar entre los afectados más a menudo por accidentes de trabajo.

La salud de los discapacitados

En 1993 las Bahamas fueron incluidas en el Programa de Rehabilitación Comunitario de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe. A efectos de preparar la ampliación del anteproyecto, se llevó a cabo un estudio en diversas islas para determinar la prevalencia y los tipos de discapacidad, con miras al establecimiento de zonas piloto para el proyecto. Se efectuó una evaluación adicional sobre la base del registro de la Junta Nacional de Seguros. En una población de 8.000 habitantes aproximadamente, estaban registradas en Eleuthera 371 personas (4,6%) con discapacidad. De ellas, 108 (29,1%) tenían discapacidad de sus miembros inferiores, 69 (18,6%) visión defectuosa, 29 (7,8%) déficit auditivo o mal rendimiento en sus estudios, 28 (7,5%) problemas de habla y 26 (7,0%) retardo mental. En Abaco 492 (4,8%) de sus aproximadamente 10.100 habitantes fueron registrados como discapacitados. Al igual que en Eleuthera, las discapacidades más comunes se relacionaban con los miembros inferiores (130, 26,4%); en segundo término estaban los defectos de la vista (66, 13,4%) y los seguían los déficit de la audición y del habla (43, 8,7%), los problemas con los miembros superiores (40, 8,1%) y el retardo mental (39, 7,9%). En Long Island (al norte), 305 (16,0%) de sus aproximadamente 1.900 habitantes fueron registrados como discapacitados. Este fue el sitio elegido para poner en marcha el Programa de Rehabilitación Comunitario. Posteriores evaluaciones han demostrado que el programa obtiene bastante éxito; por eso se despliegan esfuerzos para extenderlo a Eleuthera y Abaco.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

La prevención y el control de las enfermedades infecciosas constituyen una de las preocupaciones del Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

Enfermedades transmitidas por vectores. La malaria no es endémica en las Bahamas. Sin embargo, el gran número de inmigrantes ilegales procedentes de países en los cuales la malaria es endémica, sumado a la presencia del mosquito

Anopheles, aumentan el riesgo de que esta enfermedad se reintroduzca. Entre 1993 y 1995 hubo de uno a tres casos importados por año. No se notificó ningún caso en 1996. Aunque en las Bahamas no ha habido ningún caso de fiebre amarilla en los tres últimos decenios, el mosquito *Aedes aegypti* es autóctono y la amenaza que entraña siempre está presente. El peligro de un brote de dengue es elevado. En 1995 hubo un caso confirmado de dengue. Con anterioridad, los últimos casos notificados (en número de 87) correspondieron a 1989. En 1993, la Oficina de Lucha Antivectorial del Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental efectuó un estudio sobre *Aedes aegypti* en Yellow Elder Gardens, un sector de la zona urbana de la isla de Nueva Providencia, que sirvió para documentar que todos los índices utilizados para determinar la magnitud del problema eran excesivos. En un segundo estudio que se llevó a cabo en 1996 en la misma zona se puso de manifiesto una reducción de todos los índices, con excepción del índice de recipientes potenciales. El índice domiciliario disminuyó de 30,4 a 17,7 y el índice de Breteau descendió de 43,1 a 21,1. La antedicha zona fue incluida en un proyecto piloto de lucha antivectorial como parte de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe.

Enfermedades inmunoprevenibles. La inmunización de los niños contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, el sarampión, la parotiditis y la rubéola se puede conseguir gratuitamente por conducto del sistema de centros de salud comunitarios. Por consiguiente, la cobertura de vacunación contra estas enfermedades ha sido bastante alta. En 1995, 87% de los niños menores de 1 año estaban completamente inmunizados con tres dosis de DPT y la vacuna antipoliomielítica oral, y 90% de ellos con la MMR. La BCG no se encuentra incluida en el protocolo del PAI del país.

Como el resto de la Región, las Bahamas fueron declaradas libres de poliomielitis, dado que los últimos casos se registraron en los años sesenta. La participación del país en la iniciativa subregional para erradicar el sarampión ha permitido que no se registrara ningún caso confirmado de esta enfermedad desde 1990. La difteria y la tos ferina ya no son problemas en las Bahamas. No ha habido casos de difteria desde antes de 1988 y los últimos tres casos autóctonos de tos ferina se registraron en 1993; hubo dos casos importados: uno en 1994 y otro en 1995. La parotiditis se sigue manifestando a un nivel bajo: el número de casos descendió de 11 en 1993 a dos en 1994 y uno en 1995, pero volvió a subir a seis en 1996. Aunque no se han notificado casos de tétanos neonatal desde 1988, en 1996 se notificó un caso de tétanos en un adulto. A partir del brote de rubéola de 1990 (que provocó 121 casos) tan solo ha habido casos esporádicos, dos o menos por año, entre 1992 y 1996. Desde el decenio de 1970 no se han notificado casos del síndrome de rubéola congénita.

El número de infecciones por *Haemophilus influenzae* ha sido pequeño y se ha observado una disminución entre 1993 (15 casos) y 1996 (10).

Hubo un brusco aumento de casos de hepatitis B entre 1993 (92 casos) y 1994 (246). Desde entonces, el número de casos ha descendido constantemente hasta llegar a 137 en 1996. Desde ese año la política consistió en suministrar inmunización contra la hepatitis B al personal médico y a todos los miembros de los servicios uniformados. La sangre que se dona es objeto de exámenes de rutina para detectar anticuerpos centrales de la hepatitis, así como hepatitis B y C.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. La amenaza del cólera que se cernió sobre la Región en 1992 puso a las Bahamas en alerta plena. Se pusieron a trabajar equipos de salud pública y de saneamiento ambiental para prevenir el problema y luchar contra él.

Durante los meses de mayo y junio de 1991 se produjo en Nueva Providencia un brote localizado de enfermedad relacionada con la ingestión de productos del mar. Durante la semana en que el brote alcanzó su punto máximo se notificaron más de 380 casos. Esta afección se asoció fundamentalmente con el consumo de caracoles crudos obtenidos en sitios de acumulación bañados por las aguas del Puerto Nassau y con la contaminación resultante de prácticas de manipulación de los alimentos por parte de los vendedores locales, que se combinan con las condiciones de higiene del lugar. La respuesta inmediata fue suspender todas las ventas de comestibles alrededor de la zona sospechosa y emprender una campaña en gran escala para instruir al público en la cuestión. Una vez descubierto su origen, el problema se solucionó. En un esfuerzo por evitar futuros brotes de este tipo, el Departamento de Saneamiento Ambiental ha intensificado su campaña para eliminar la venta ilegal de productos del mar y de otra clase a lo largo de las carreteras.

A pesar de estos esfuerzos, sigue habiendo brotes intermitentes de enfermedades que se transmiten por alimentos como consecuencia de la ingestión de caracoles crudos. En todos los brotes el agente patógeno identificado fue *Vibrio parahaemolyticus*. El número de casos notificados de enfermedades transmitidas por alimentos fue 1.061 en 1996.

Es común la presentación de enfermedades diarreicas en los niños menores de 5 años de edad. Aunque entre 1988 y 1994 el número de casos notificados fluctuó de 1.095 a 2.705, se observó una tendencia al alza. En el grupo de edad de más de 5 años, el número de casos fue bajo en 1993 y 1994, se duplicó con creces en 1995 y volvió a multiplicarse por cinco en 1996.

Las enfermedades infecciosas intestinales no son una causa común de ingreso en los hospitales. En 1995 se situaron en el décimo lugar entre las causas más comunes de internación en el Hospital Princess Margaret, con 2% de los ingresos, y en el decimoquinto en el Hospital Rand Memorial, con 1%;

sin embargo, en esta última institución representaron 3,1% de los ingresos en el año anterior. En lo que atañe al tratamiento ambulatorio, las infecciones intestinales infecciosas constituyeron la quinta de las causas más comunes de atención en los consultorios de medicina general del Hospital Princess Margaret (1.390 casos y 3,5% de las visitas).

Enfermedades crónicas transmisibles. El número de casos de tuberculosis, que ha permanecido constante en alrededor de 50 por año, alcanzó un máximo de 63 en 1992 y volvió a descender en 1993. Esta reducción continuó hasta 1996, año en que fueron notificados únicamente 32 casos. En las Bahamas se ha estado utilizando un régimen de dosis múltiples de rifampicina, etambutol, pirazinamida e isoniazida con un suplemento de vitamina B₆. Se emplea una metodología de observancia del tratamiento con fármacos, por lo cual hay enfermeras que visitan periódicamente a los pacientes para corroborar que están tomando la medicación que se les ha prescrito. A medida que mejora la situación de los recursos humanos, esta práctica se convertirá en el método de "tratamiento acortado directamente observado". Teniendo en cuenta la asociación existente entre el sida y la tuberculosis, y la elevada incidencia de la infección por el VIH en las Bahamas, hay que mantener una estrecha vigilancia de la situación.

Las personas VIH positivas representan más de 60% de los casos de tuberculosis registrados en 1996 (40 de un total de 59). En un estudio reciente de la población carcelaria se demostró que la tasa de positividad de la intradermorreacción a la tuberculosis (PPD) era de 20%. Un hecho nuevo que provoca alarma es la aparición de una cepa polifarmacorresistente del bacilo en Nueva Providencia y las Islas Family. Su presencia ha sido confirmada por el laboratorio de investigación oficial del Canadá. Por otra parte, recientemente se ha verificado la existencia de tuberculosis activa en el personal que trabaja en diversas instituciones de atención de casos agudos.

Aunque la lepra no es endémica en las Bahamas, se ha diagnosticado un caso en 1996. El último caso autóctono conocido se diagnosticó en 1982.

Infecciones respiratorias agudas. Este grupo está compuesto por enfermedades del sistema respiratorio superior, la neumonía y la influenza, y la bronquitis y el asma. Se analizaron los datos de pacientes internados en el Hospital Princess Margaret entre 1990 y 1995. Si se dejan de lado los partos normales, las infecciones respiratorias agudas fueron la segunda de las causas más frecuentes de ingreso en el hospital, después de las complicaciones del embarazo. Entre 1991 y 1995 las cifras fluctuaron en el Hospital Princess Margaret alcanzando el máximo (1.764) en 1994, año durante el cual las infecciones respiratorias agudas fueron la causa principal de ingreso, y después cayeron por debajo de las cifras de 1991. En el Hospital Rand, estas infecciones fueron la tercera causa

más común de ingreso, aunque el número de casos ha disminuido desde 1990.

Los análisis preliminares de los datos disponibles sobre pacientes hospitalizados indican que el grupo de edad más comúnmente afectado fue, con mucho, el de los niños menores de 5 años, que representaron más de 50% de los casos. Resultaron afectados más varones que niñas.

En función de la asistencia brindada a los pacientes ambulatorios en el Hospital Princess Margaret en 1995, las enfermedades de las vías respiratorias constituyeron la segunda de las principales causas de consulta (7.074, es decir 18,3%). Dentro de este grupo de enfermedades, las de las vías respiratorias superiores (3.440, es decir 8,6%) y la bronquitis y el asma (3.255, es decir 8,1%) fueron las causas más frecuentes de consultas externas.

Enfermedades de transmisión sexual y sida. Las estimaciones de la prevalencia de la clamidiasis se efectuaron a partir de un estudio que se llevó a cabo en Gran Bahama en 1995. Los resultados indicaron que aproximadamente 13% de los pacientes prenatales estaban infectados. El porcentaje fue el mismo entre los usuarios con una presunta enfermedad de transmisión sexual (ETS).

Las tasas de incidencia de la sífilis y las infecciones gonocócicas han ido en descenso desde 1986 y 1987, respectivamente. El número de casos de estas últimas disminuyó de 1.804 en 1987 a 92 en 1995, mientras que el correspondiente a la sífilis bajó de 837 en 1987 a 115 en 1995. Durante el segundo semestre de 1985 el Ministerio de Salud y Medio Ambiente inició su campaña contra el sida, promoviendo la abstinencia y las prácticas sexuales menos peligrosas mediante el uso de condones. Es muy posible que la disminución observada en la notificación de la incidencia de estas dos ETS haya sido un efecto secundario de dicha campaña. Si así fuere, cabría esperar que al cabo de unos pocos años se estabilizara la tasa de incidencia anual de la infección por el VIH, por más que durante algunos años continúe aumentando el número de casos de sida.

El problema del sida y la infección por el VIH ha producido un importante efecto en los servicios de salud de las Bahamas desde que se inició la notificación de la enfermedad en 1985. Ahora es la segunda causa más frecuente de muerte de la población general. Además, se ha convertido en la causa principal de muerte de los hombres en su conjunto y de los hombres y mujeres de 15 a 44 años de edad. Al 31 de diciembre de 1996 se habían notificado en total 2.481 casos, de los cuales 63% han muerto. Para esa fecha se sabía que otras 3.941 personas eran VIH positivas, aunque no presentaban síntomas de la enfermedad. El análisis geográfico indica que en 12 de las 22 islas habitadas se ha notificado la infección por el VIH; 86% de los casos se han producido en Nueva Providencia, 6% en Gran Bahama, 3% en Eleuthera, 3% en Abaco y el resto en las otras Islas Family.

La enfermedad se produce fundamentalmente entre heterosexuales (87%), con una razón hombre mujer de 1,6 a 1. La transmisión homosexual y bisexual representa aproximadamente 4% de las infecciones. Cuando comenzó la epidemia en el país, 70% de las personas clasificadas como VIH positivas no eran naturales de las Bahamas (en su mayoría eran inmigrantes ilegales). La creciente propagación del virus ha hecho que se modificara la distribución porcentual entre naturales de las Bahamas y extranjeros. Ahora los inmigrantes constituyen tan solo 14% de los casos y de los portadores conocidos. Los adictos al "crack" o pasta de coca (base libre de cocaína) representan aproximadamente un tercio de la población con infección por el VIH y sida. Aunque desde 1985 se ha producido año tras año un constante incremento del número de casos nuevos de sida, la tasa de aumento ha ido en declinación a partir de 1994.

Con respecto al VIH y otras ETS se aplica con éxito, desde 1985, un programa voluntario y confidencial de localización de contactos. Este programa se ha consolidado y probablemente constituya una de las razones del nivel alcanzado en materia de vigilancia e integridad de los datos relativos al VIH en las Bahamas.

Como consecuencia de su modo de transmisión, el sida afecta de manera predominante a los grupos de edad sexualmente activos y 75% de los casos notificados desde 1985 se dan en personas de 20 a 49 años. Los datos indican que la mayor parte de las personas se infectan entre los 15 y los 25 años de edad. El rápido incremento de la tasa de mortalidad provocada por esta enfermedad entre las mujeres de 15 a 44 años pone de manifiesto que las mujeres jóvenes constituyen una población de especial riesgo. El grupo de personas VIH positivas que crece con más rapidez es el de las adolescentes. Ahora es habitual que las mujeres que requieren atención prenatal sean sometidas (con consentimiento informado) a pruebas de detección del VIH.

Un estudio de seroprevalencia que se llevó a cabo en 1990 y 1991 puso de relieve que cerca de 2,9% de las mujeres que reciben atención prenatal eran VIH positivas; en 1996 se estimó que esta cifra era de 3,2%. El estudio comprendió aproximadamente 95% de las embarazadas que concurren a los servicios de atención prenatal en Nueva Providencia y alrededor de 65% de los embarazos concluidos en parto. Las naturales de las Bahamas constituyeron 79,2% de las mujeres sometidas a pruebas; las haitianas, 17,7%. La tasa de infección para las primeras fue de 2,5%, en comparación con 4,5% de las mujeres de origen haitiano incluidas en el estudio, lo que representó una diferencia significativa. Entre las mujeres nacidas en otros países que fueron incorporadas en el estudio no se encontró ninguna que estuviera infectada. La incidencia más alta se daba en las mujeres de 25 a 34 años de edad y la prevalencia de la infección aumentaba con un mayor número de embarazos: en efecto, era de 1,9% entre

las mujeres que estaban en su primer embarazo y de 7,9% entre las mujeres que habían quedado embarazadas siete o más veces.

Las cifras de prevalencia del VIH para los pacientes atendidos en dispensarios especializados en ETS fueron 10% en 1992 y 5,2% en 1996. Con respecto a la población carcelaria, la prevalencia fue de 10,4% entre los hombres y de 19,6% entre las mujeres. Un estudio efectuado en 1993 sobre los presos en el momento de su ingreso en la cárcel indicó que la tasa de VIH positivos era aún mayor (casi de 18%). Estas tasas tan altas se explican por el hecho de que, en su mayoría, los presos habían estado estrechamente asociados a la cultura de la droga.

Como puso de manifiesto la razón de sexos, el sida afecta a las mujeres tan a menudo como a los hombres. Por consiguiente, habrá un aumento de muertes en un universo —el de las mujeres jóvenes— que, antes de la aparición de esta enfermedad, no estaba en mayor riesgo de muerte por causas relacionadas con su modo de vida.

Teniendo en cuenta el período de latencia (de ocho o más años) entre la infección y la manifestación de la enfermedad, resulta claro que la gente joven de 15 a 19 años corre un gran riesgo. Entre los jóvenes de este grupo de edad la tasa de infección por el VIH por 10.000 aumentó de 6,7 en 1990 a 14,0 en 1993, aunque después descendió ligeramente a 12,2 en 1994. En la población en su conjunto, la infección por el VIH aumentó constantemente de 20,6 por 10.000 en 1990 a 28,8 por 10.000 en 1994 pero durante los dos años siguientes la tasa disminuyó hasta llegar a 19,0 en 1996.

A fines de diciembre de 1996, las pruebas de detección del VIH indicaron que desde el comienzo de la epidemia había 339 niños positivos, de los cuales 173 habían desarrollado sida y 125 habían muerto. Entre 1990 y 1995 la tasa de transmisión entre la madre y el bebé era de alrededor de 30%. En 1995 se puso en marcha un programa mediante el cual se proporciona AZT a mujeres embarazadas seleccionadas. En 1996 la tasa de transmisión se había reducido a 7%.

En las Bahamas no ha habido casos de VIH relacionados con transfusiones de sangre desde que en 1985 se implantaron las pruebas de detección correspondientes. El tamizaje efectuado puso de manifiesto que la prevalencia de VIH positivos entre los posibles donantes de sangre era de 0,4% en 1996.

La campaña contra el sida se ha centrado en la reducción de la transmisión sexual: se hace hincapié en el empleo de condones y en la reducción del número de parejas sexuales, y los destinatarios de la campaña son los jóvenes y las mujeres.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Las afecciones no transmisibles relacionadas con

el régimen de alimentación —tales como la obesidad, la enfermedad cardiovascular, la diabetes tipo II, la hipertensión y el accidente cerebrovascular— son las causas principales de morbilidad y mortalidad entre los adultos. El problema de la anemia de los niños y de las mujeres embarazadas y lactantes es también un motivo de preocupación. Los informes obtenidos de los dispensarios de salud comunitarios que el Estado mantiene en funcionamiento en todas las Bahamas indican que aproximadamente 19% de las mujeres examinadas como parte de la atención prenatal tenían niveles de hemoglobina inferiores a 10g/dl. Esta proporción osciló de 18,5% a 19% entre 1992 y 1995. La frecuencia con que se presenta el problema es mayor en Nueva Providencia y menor en las Islas Family. Se diagnosticó anemia grave en menos de 1% de la población prenatal.

La desnutrición proteinoenergética entre los niños de 0 a 5 años de edad no es un problema grave de salud pública, como tampoco lo son las deficiencias de micronutrientes. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSN), que se llevó a cabo en 1988 y 1989, puso de manifiesto una adecuación general a un ligero exceso (15%) de energía, un gran exceso (83%) de proteínas y un exceso aún mayor (87,4%) de provisión de grasas (sobre la base de la ingesta media en relación con la tolerancia alimentaria diaria). Los excesos se deben fundamentalmente al elevado consumo de productos animales, cereales, edulcorantes y grasas y aceites. Estos hábitos alimentarios influyen mucho en el avance de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La ENSN también puso de manifiesto que 6,7% de los niños de 5 a 14 años de edad eran obesos (sobre la base del estándar de peso para la edad del Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos de América). En general, 48,6% de la población era obesa (índice de masa corporal >25) y había más mujeres (53,6%) que hombres (43%) afectados.

Las conclusiones de un estudio realizado en 1988 y 1989 con niños de edad preescolar puso de manifiesto que un número muy pequeño de lactantes eran amamantados exclusivamente hasta los 4 meses de edad. Además, 80% de los lactantes comenzaban a ser alimentados con biberón ya en la primera semana de vida —90% de este grupo mientras estaba en el hospital— aunque 63% de las madres trataban de amamantar a sus hijos.

En 1993 se puso en marcha un Proyecto sobre el Manejo de la Lactancia con el propósito de fortalecer los programas de promoción de la lactancia natural en el país. El Proyecto comprendió la capacitación de más de 300 personas que trabajaban en hospitales y dispensarios públicos y privados, así como de trabajadores de salud comunitarios y personal sanitario de instituciones no gubernamentales. En el momento en que fueron dadas de alta del Hospital Princess Margaret, en el que se producen 72% de los nacimientos, 34,6% de las mujeres proporcionaban a sus hijos lactancia natural exclusivamente. Los informes de los dispensarios de Nueva Providencia indican

que a los tres meses de haber dado a luz, 7,4% de las mujeres amamantaban a sus hijos exclusivamente, 8,6% los alimentaban fundamentalmente amamantándolos y 40% los amamantaban parcialmente. Sin embargo, desde 1993 el porcentaje de mujeres que amamantaban a sus hijos exclusivamente a los 3 meses de edad fue descendiendo constantemente hasta llegar a 4,9% en 1995. En función de las diferencias existentes entre las distintas islas, el mayor porcentaje de esas mujeres se encontraba en las Islas Family y, en segundo lugar, en Nueva Providencia, mientras que el menor porcentaje se registraba en Gran Bahama.

Enfermedades cardiovasculares. Sobre la base de los resultados de la ENSN, en 1989 se estimó que 13% de la población de 15 a 64 años de edad de las Bahamas se podía clasificar como hipertensa. El porcentaje era ligeramente mayor entre los hombres (15%) que entre las mujeres (12%). Otro 17% se puede considerar como casos dudosos. Entre las personas de edad avanzada (65 años y más), 38% eran hipertensas. La prevalencia de la hipertensión era prácticamente igual en Nueva Providencia, Gran Bahama y las Islas Family.

Estos resultados contrastan con las cifras notificadas por los hospitales, que indican con claridad que reciben tratamiento más mujeres que hombres. Dado que las cifras de los hospitales son representativas de otras ramas del sistema de prestación de atención de salud, esta diferencia señala con claridad el fracaso de los servicios de salud en cuanto a la detección y el tratamiento de muchos casos de hipertensión en los hombres. Corroboración esta observación el hecho de que en las tres áreas que investiga la ENSN (Nueva Providencia, Gran Bahama e Islas Family), el porcentaje de personas de la comunidad que son hipertensas pero que no lo saben es sistemáticamente mayor entre los hombres que entre las mujeres.

Durante 1991 hubo 404 pacientes hipertensos que ingresaron en el Hospital Princess Margaret y en 126 (31,2%) de esos casos, la hipertensión fue el diagnóstico básico. Casi las dos terceras partes (62,1%) de las personas ingresadas por trastornos hipertensivos fueron mujeres, una tendencia que se observa sistemáticamente en los cinco últimos años. En 1991, para los casos cuyo diagnóstico básico había sido hipertensión, el número total de días de internación hospitalaria fue 2.058 y la duración media de la permanencia en el hospital fue de 16,3 días. En los casos en que la hipertensión se manifestaba junto con cardiopatías o enfermedades renales, la duración media de la estancia fue mucho más prolongada. Aproximadamente 83% de los ingresos con diagnóstico de hipertensión fueron personas de 45 años y más.

Los datos correspondientes al mismo período procedentes del Hospital Rand Memorial indicaron que el total de ingresos fue 120 y que 29 (28,4%) de ellos se produjeron a causa de un diagnóstico básico de hipertensión. De estos, 62,5% fueron mujeres.

En 1993, el número total de casos nuevos de hipertensión notificados por los dispensarios comunitarios fue 1.141. Nuevos y viejos pacientes hipertensos en procura de atención para su enfermedad realizaron un total de 23.163 consultas en esos dispensarios.

Las cardiopatías son la causa más común de muerte para la población en su conjunto y la causa principal de muerte para las mujeres. También habían sido la causa principal de muerte para los hombres hasta que en 1994 fueron reemplazadas por el sida. En el grupo de edad de más de 65 años son la causa principal de muerte y, entre 1993 y 1995, la tasa de mortalidad específica por edad fue aumentando lentamente, de 125,8 a 137,7 por 100.000 habitantes.

Entre 1979 y 1989 la tasa global de mortalidad causada por cardiopatías aumentó de 78,8 a 104,8 por 100.000; posteriormente descendió a 90,7 en 1993 y ascendió de nuevo a 102,9 en 1995. Esta característica se observó tanto en las mujeres como en los hombres.

Tumores malignos. Entre 1991 y 1993 los tumores malignos fueron la segunda causa más común de muerte para todas las edades y ambos sexos. En 1994 y 1995 esta causa fue desplazada al tercer lugar. Entre 1970 y 1994 la tasa por 100.000 habitantes casi se duplicó, de 57,1 a 102,2. Con posterioridad descendió lentamente y llegó a 85,3 en 1995. Esta tendencia se observó en ambos sexos: para los hombres, la tasa pasó de 51,4 (por 100.000) en 1970 a 122,9 en 1989 y a 91,3 en 1995; para las mujeres, la tasa varió de 63,4 (por 100.000) en 1970 a 87,5 en 1989 y a 79,4 en 1995.

Entre 1992 y 1995 los dos sitios más comunes de cáncer letal en los hombres fueron la próstata y la tráquea, los bronquios y el pulmón. En 1995, los cánceres de la próstata y de la tráquea, los bronquios y el pulmón provocaron 22,2% y 17,5%, respectivamente, de la totalidad de las muertes por cáncer en los hombres.

Las dos causas más comunes de muerte por cáncer en las mujeres son los cánceres de mama y de cuello del útero. En 1995 las muertes por cáncer de mama comprendieron 23,2% de las muertes por cáncer en las mujeres y 3,6% de todas las muertes de mujeres. El cáncer cervicouterino representó 9,8% de las muertes por cáncer en las mujeres y 1,5% de la totalidad de las muertes de mujeres.

Accidentes, violencia e intoxicaciones. En 1995 los accidentes, la violencia y las intoxicaciones se situaron en el cuarto lugar entre las principales causas de muerte. Este grupo de causas es una razón fundamental de la atención en las salas de urgencias y de los ingresos en los dos grandes hospitales; lo superan tan solo los partos y las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio y las infecciones de las vías respiratorias. Aproximadamente 25% de las internaciones hospitalarias relacionadas con lesiones se debieron a la violencia, fundamentalmente los casos de homicidio y daño

intencionalmente infligido. Los accidentes de tráfico provocados por vehículos de motor constituyeron, como grupo, la segunda de las principales causas de ingreso en hospitales como consecuencia de lesiones. En 1995 los accidentes, la violencia y las intoxicaciones también fueron la causa principal de concurrencia al Servicio de Medicina General del Hospital Princess Margaret y representaron 34,1% de las 13.645 visitas que se le hicieron.

El problema es muy serio entre los hombres, particularmente entre los del grupo de 15 a 44 años de edad, así como entre los niños de 5 a 14 años, en especial con respecto a los accidentes. En 1995, aproximadamente 23% de las muertes de hombres de 15 a 44 años se debieron a accidentes y a la violencia. En lo que se refiere a los accidentes y a la violencia que sufren las mujeres del mismo grupo de edad, figuran en el cuarto lugar entre las causas de muerte, pero representan tan solo 6,2% del total de las defunciones.

En general, las muertes provocadas por accidentes, violencia e intoxicaciones han ido en disminución. Entre 1990 y 1992 la tasa de dichas muertes (por 100.000) descendió de 60,6 a 43,6. Luego aumentó a 65,2 en 1994 y volvió a caer otra vez a 39,8 en 1995. Entre 1990 y 1994 las muertes por homicidio aumentaron de 24 a 56, para descender después un poco: fueron 44 en 1995. Las armas utilizadas más a menudo fueron, primero, las pistolas (44%) y después, los cuchillos u otros instrumentos filosos (20%). Durante el quinquenio 1990–1995, el número de muertes por accidentes con vehículos de motor declinó de 39 a 20, aunque aumentó a 36 en 1994.

Sobre la base de los datos de los tres hospitales de corta estancia (incluido uno privado) que están en funcionamiento, los 4.596 asaltos cometidos en 1993 representaron 4,5% de las 102.657 visitas a sus salas de urgencia; por otra parte, las 161 heridas de bala equivalieron a 3,5% de la totalidad de los traumatismos provocados por los asaltos. En lo que se refiere a los traumatismos causados por accidentes con vehículos de motor que fueron atendidos en el Hospital Princess Margaret, su número se mantuvo prácticamente constante en 2.200 aproximadamente entre 1990 y 1992, para disminuir después a 2.088 en 1994. Este tipo de traumatismos constituyó 11,5% de la totalidad de los traumatismos atendidos en el Hospital. Este porcentaje también es válido para el primer semestre de 1994.

Trastornos del comportamiento. El alcoholismo y el abuso de sustancias tóxicas, particularmente la adicción a la cocaína, son los principales problemas de salud que se mantienen en un nivel inaceptablemente alto. Esto es motivo de especial preocupación por la correlación positiva entre el abuso de cocaína y la infección por el VIH.

El número de nuevos casos de abuso de cocaína que se presentaron en procura de tratamiento en el Dispensario de Salud Mental de la Comunidad (el servicio de tratamiento ambulatorio más importante del país) subió de 69 en 1993 a

102 en 1994; en 1995 el número de casos nuevos descendió a 52, aunque volvió a subir a 82 en 1996. El número de personas que se presentaron por abuso de alcohol mostró tendencia a declinar entre 1990 (134) y 1996 (68); a su vez, el número de quienes recibieron tratamiento por abuso de marihuana se elevó de 8 en el periodo comprendido entre 1990 y 1992 a 47 en 1996.

El número de pacientes hospitalizados por abuso de cocaína en el Centro de Rehabilitación Sandilands disminuyó con respecto al nivel que había alcanzado en 1987, aunque no de manera sistemática. En verdad, no se produjo ningún cambio en el número de casos (109) registrados anualmente durante el trienio 1993–1995. En 1996 se produjo un brusco descenso a 53.

En el marco del cuadro general de los trastornos mentales atendidos en el Dispensario de Salud Mental de la Comunidad, se produjo una firme declinación del número de nuevos usuarios que se registró entre 1988 (677 personas) y 1993 (476). Con posterioridad, el número ascendió a 704 y 705 en 1994 y 1995, respectivamente. La tendencia fue la misma en los hombres y las mujeres. Entre 1988 y 1994 los tres trastornos más comunes atendidos en el Dispensario fueron el abuso de drogas, el abuso de alcohol y la depresión. Los trastornos psicóticos y psicosociales completan los cinco trastornos más comunes. En 1995 el número de trastornos psicosociales se duplicó, por lo cual este problema pasó a ocupar el segundo lugar, después del abuso de drogas y antes de la depresión.

Salud oral. Los datos correspondientes a 1995 que proporcionó la clínica dental escolar de Nueva Providencia indican que el número de intervenciones practicadas aumentó 50,6% con respecto a 1994. De las 3.971 intervenciones efectuadas en 1995, 15,8% fueron reparaciones de dientes permanentes o temporales; casi las tres cuartas partes de las reparaciones que entrañaron obturaciones fueron efectuadas en dientes temporales. Las extracciones representaron 14,5% del total de las intervenciones; 9,5% de las extracciones fueron de dientes permanentes y 90,5% de dientes temporales.

Además de la clínica mencionada, funcionan en la isla Nueva Providencia otras tres clínicas dentales comunitarias que brindan sus servicios a toda la población. Aunque el número de pacientes atendidos disminuyó entre 1994 y 1995, el número de intervenciones aumentó. Con respecto al total de las intervenciones practicadas, 27,5% fueron extracciones y 17,4%, obturaciones y reparaciones. De las 994 extracciones que se efectuaron, 68,2% fueron de dientes permanentes.

De conformidad con los datos facilitados por los dispensarios de salud comunitarios, la caries dental es el problema más común observado entre los niños de 5 a 14 años que estudian en las escuelas. Este problema es más grave en Nueva Providencia que en Gran Bahama. Entre 1993 y 1995 el porcentaje de niños con caries en las escuelas de Nueva Provi-

dencia aumentó de 24,1% a 39,4%, en tanto que en las Islas Family subió de 20,5% a 34,0%. En cambio, en Gran Bahama la tasa cayó de 14,7% en 1993 a cero en 1995.

Desastres naturales. En 1996 las Bahamas fueron azotadas por dos huracanes, Bertha y Lili, que sin embargo fueron menos fuertes que el enormemente destructor huracán Andrew de 1992. Aunque los huracanes de 1996 causaron daños tanto en la infraestructura (cortes de la energía eléctrica e interrupción de las comunicaciones telefónicas) como en bienes inmuebles en varias Islas Family, no provocaron muertes, sino tan solo algunas lesiones a unas cuantas personas. Fueron notificados algunos casos de síndrome de estrés posttraumático. Se llevó a cabo una labor concertada para restablecer los servicios, remover los escombros, controlar la proliferación de insectos, proporcionar agua embotellada y aconsejar a la población que hirviera el agua para beber.

Accidentes industriales. No se ha notificado ningún accidente industrial importante en las Bahamas, con excepción de una emisión de gas tóxico en Freeport, Gran Bahama, que hizo que se cambiara la ubicación de una escuela que estaba cerca del complejo industrial. En 1996 se produjo un incendio en un viejo tanque de conservación de petróleo en la Refinería de Petróleo de las Bahamas, que provocó cierta preocupación. Aunque el incendio en sí pudo controlarse, los residentes de la zona quedaron preocupados por la posible contaminación de la atmósfera.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Gobierno de las Bahamas suscribe el principio internacionalmente aceptado de que la salud no es un privilegio sino un derecho humano fundamental y sostiene el punto de vista de que la atención de salud de calidad debe tener una extensión universal. Ha asumido plenamente el compromiso de colaborar en la consecución del objetivo mundial de "salud para todos" y aceptado que la participación comunitaria es un elemento vital de la estrategia de salud.

El documento del Ministerio de Salud en que se expone la política del sector, redactado originariamente en 1980 y modificado en 1988, se debe someter a examen y revisión. En el interín, el manifiesto del partido gobernante suministra pautas de su voluntad política al realzar la importancia de los servicios de salud.

La población de las Bahamas ya goza del derecho al acceso universal a la atención de salud. Sin embargo, la prestación de los servicios de salud es incompatible con el nivel del gasto público per cápita en salud. Es preciso perfeccionar la super-

visión, la evaluación, la coordinación y la planificación de los servicios. Por consiguiente, en la actualidad se hace hincapié en el mejoramiento de la capacidad de gestión, la calidad de la atención y la coordinación intersectorial en procura del progreso de los sistemas locales de salud (SILOS). En estas circunstancias, se presta mucha atención al desarrollo de los recursos humanos, al establecimiento de normas y criterios y al fortalecimiento no solo de los sistemas de información sino también de la capacidad de aprovecharlos eficazmente para tareas de planificación, evaluación y supervisión. Además, se ha establecido dentro del Ministerio una Oficina de Planificación que se encarga de la coordinación y la facilitación del proceso interno de planificación. Funciona como brazo administrativo y ejecutivo del grupo básico que se ocupa de la planificación en la sede del Ministerio y que está formado por los más altos funcionarios administrativos y técnicos, y del comité ampliado de planificación, que integran las personas que presiden las comisiones del personal ejecutivo de cada institución o departamento. La organización y ejecución de los proyectos de salud que constituyen una prioridad nacional también se ven facilitadas por la Oficina de Planificación.

El Gobierno ha indicado su intención de mejorar y ampliar los servicios existentes en el Hospital Princess Margaret y de transformar la institución fundamentalmente en un servicio de hospitalización para diagnóstico y terapéutica equipado con los últimos adelantos tecnológicos. Debido a que el mantenimiento de un equipo médico de alta tecnología exige conocimientos técnicos superiores, el Ministerio se esfuerza por fortalecer el programa de mantenimiento del equipo sobre la base de la estrategia de la cooperación técnica entre países. Además, se procura garantizar que se pueda disponer de personal clínico y técnico competente brindando la capacitación requerida en temas cruciales.

Las Bahamas experimentan una transición en sus características epidemiológicas conforme a la cual disminuyen las muertes causadas por las enfermedades transmisibles y aumentan las provocadas por las enfermedades crónicas no transmisibles, el sida y el complejo relacionado con el sida, y los accidentes, la violencia y las intoxicaciones. Estos cambios, sumados al costo creciente de la atención de salud, han servido para poner de relieve la importancia de la educación para la salud y de la promoción de la salud como componentes vitales del sistema de atención. Por consiguiente, el Ministerio de Salud y Medio Ambiente está abocado a la tarea de establecer un mecanismo que permita el desarrollo de una política de salud pública.

Se reconoce que la promoción de la salud y la participación comunitaria son estrategias tendientes a reducir los riesgos para la salud mediante la movilización de la gente común en pro del desarrollo de modos de vida saludables y apropiados. Es preciso desplegar grandes esfuerzos por enseñar a los miembros de la comunidad la función que les corresponde al

respecto, pues únicamente con la participación de todos los sectores sociales, políticos y económicos se puede afianzar el estado de bienestar de dicha comunidad. Estas estrategias se incorporarán en todos los planes del programa, que han de hacer hincapié en la necesidad de una alimentación y una nutrición adecuadas, la práctica de ejercicios y el abandono del hábito de fumar y han de prestar particular atención a temas tales como las enfermedades crónicas, las ETS y el sida, y la salud de las madres y los adolescentes.

En el período comprendido entre 1991 y 1992, el Ministerio de Educación puso en marcha en los colegios primarios y secundarios un programa integral de educación para la vida en familia. El programa es una importante estrategia de promoción de la salud que ofrece alentadoras perspectivas de producir significativos efectos con el correr del tiempo. En materia de nutrición, ya se ha elaborado un plan de acción trienal, de carácter nacional, cuya aplicación será el objetivo fundamental de la Oficina de Nutrición.

En el temario de la salud se sigue reflejando el alto grado de preocupación que despierta la salud maternoinfantil. En el marco del objetivo regional de salud para todos, las Bahamas ya han alcanzado dos de las tres metas propuestas para este doble grupo en riesgo. Para fines del siglo, la meta regional en materia de mortalidad con respecto a los niños menores de 1 año es 30 o menos defunciones por 1.000 nacidos vivos y con respecto a los niños de 1 a cuatro años es 2,4 o menos defunciones por 1.000 niños de este grupo de edad. En 1995 en las Bahamas estos dos indicadores de la salud infantil eran 19,0 y 0,41, respectivamente.

Del examen de los datos disponibles resulta claro que, para reducir aún más las cifras correspondientes a la mortalidad infantil, hay que prestar especial atención al mejoramiento de la atención prenatal y perinatal. En 1993 se impulsó un proyecto para reducir la mortalidad infantil. Este proyecto se ocupa de tres cuestiones:

- mejorar la calidad de la atención durante el período prenatal mediante la preparación y la aplicación de protocolos para el tratamiento y el envío de las mujeres en condiciones de riesgo;
- aumentar los controles durante el parto, el parto y el período neonatal temprano, y
- proporcionar atención especial para las adolescentes embarazadas.

El establecimiento de un programa de atención de salud para los adolescentes es un importante complemento del programa de salud maternoinfantil. El nuevo programa entraña colaboración intersectorial entre los distintos ministerios. En su etapa inicial, se ha establecido un dispensario para adolescentes en una de las clínicas generales de Nueva Providencia. El propósito es fomentar modos de vida saludables entre los

niños y niñas, reducir el número de embarazos de adolescentes y promover el funcionamiento de servicios comunitarios para adolescentes.

Un grupo especial de jóvenes es el destinatario de las intervenciones orientadas específicamente a la familia y la comunidad. Está formado por los adolescentes sexualmente activos y por los que han sido condenados por los tribunales por haber cometido algún delito penal. La integración de este programa se verá enormemente facilitado por la nueva cartera ministerial, que se estableció a partir de abril de 1995, cuando los sectores de la educación y la juventud quedaron a cargo de un mismo ministerio. Ahora hay un Ministerio de Estado para la Juventud, el Deporte y la Cultura cuya misión es hacer hincapié continuamente en los asuntos de la juventud.

Se han llevado a cabo intervenciones con el propósito de promover opciones saludables entre los adolescentes. Asimismo, para abordar las necesidades de las adolescentes embarazadas, se coordinan los servicios de salud reproductiva con los de la promoción de la salud y la educación permanente y se cuenta para ello con la colaboración de los Ministerios de Educación y Servicios Sociales.

El Ministerio de Salud ha formulado la Política Nacional de Planificación de la Familia que le ha encomendado el Gabinete de conformidad con las recomendaciones de la reunión (patrocinada por las Bahamas) que se celebró en la subregión del Caribe en seguimiento de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo. Se considera que esta política es una prioridad dentro de la política global de salud, que se propone mejorar la calidad de vida de todos los naturales de las Bahamas y brindarles la oportunidad de desarrollar una vida productiva. La política estipula que todos los miembros de una familia deben tener posibilidades de acceso a la información y a los servicios que los faculten para enriquecer la calidad de su vida.

Se proporcionará acceso a la información por conducto del programa de educación para la vida en familia que ofrece el Ministerio de Educación y de los programas de enseñanza a los progenitores, de orientación entre pares y de otros programas que se incorporan en los programas ya existentes en los lugares de trabajo o de culto, los clubes sociales y los centros deportivos y de esparcimiento. Los servicios se prestarán en dispensarios comunitarios, en los que se ofrecerá asesoramiento, instrucción y reconocimiento físico —que comprenderá frotis del cuello del útero, examen de las mamas, análisis de orina y pruebas de detección de determinadas ETS, incluido el VIH— a todas las usuarias en edad de procrear que concurran por primera vez en el año a alguno de los centros de atención de salud seleccionados. A los hombres mayores de 30 años se les ofrecerá la posibilidad de practicarse un examen de próstata. También se informará a los usuarios sobre una amplia variedad de métodos anticonceptivos. Aunque estos servicios se proporcionarán sobre la base de la recupe-

ración de los costos, a nadie se le negará ningún servicio porque no lo pueda pagar. Todos los prestadores de servicios de planificación de la familia tendrán un diploma que los habilite para asesorar en esta materia, aconsejar con respecto a las ETS y aplicar la tecnología anticonceptiva y las técnicas relacionadas con el examen sistemático de los pacientes.

La educación de los usuarios se brindará por conducto de un amplio programa de educación para la salud y de promoción de la salud, aprovechando al máximo los medios de comunicación social. Como para ejecutar cualquier programa nacional se requiere la plena participación de muchos sectores de la comunidad, se establecerá un Comité Nacional para la Planificación de la Familia, formado por representantes de los programas estatales conexos y de las organizaciones del sector privado, que procurará fortalecer los vínculos de colaboración de los organismos gubernamentales entre sí y con las organizaciones no gubernamentales.

El uso indebido de sustancias tóxicas, que incluye el abuso del alcohol, es un problema de salud pública de alta prioridad en el país. La labor del Consejo Nacional de Estupefacientes (CNE) consiste fundamentalmente en proporcionar educación pública, fomentar la sensibilización nacional y cumplir la función de catalizar, facilitar y coordinar la participación o la intervención de los diversos sectores, las organizaciones no gubernamentales y la comunidad.

Ya se han logrado considerables avances en la aplicación de un importante programa del CNE que tiene por objetivo la reducción de la demanda. Se ha conseguido que un proyecto especial financiado por el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) preste un apoyo sustancial a este programa. El proyecto hace hincapié en los siguientes planes de reducción de la demanda durante los tres próximos años:

- acción preventiva en la comunidad, que comprende la creación o el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias que se ocupan de los antecedentes del uso indebido de drogas y del establecimiento de actividades económicas sustitutivas para la gente joven a fin de reducir las probabilidades de que se dedique al narcotráfico;

- educación preventiva, que comprende el apoyo que se brinda actualmente al plan de enseñanza para la vida en familia, la capacitación de los docentes y de otras personas responsables del cuidado de los niños que corren un riesgo especial de consumir drogas indebidamente, una agresiva campaña de educación pública, la capacitación de los jóvenes en técnicas de orientación entre pares y el establecimiento de este tipo de actividades en las escuelas y las comunidades, y

- tratamiento y rehabilitación, que comprenden la evaluación continua de los programas y el establecimiento de normas de calidad para la realización de actividades de tratamiento y rehabilitación, la capacitación del personal en-

cargado de estas actividades, el desarrollo de servicios ambulatorios de rehabilitación y poshospitalarios a nivel comunitario y el establecimiento de servicios de rehabilitación específicamente concebidos para satisfacer las necesidades de las mujeres, los jóvenes y las personas encarceladas.

Desde hace mucho se ha alcanzado un acuerdo general sobre la necesidad de desarrollar un amplio programa de salud mental que esté incorporado en todos los niveles del sistema de salud aplicado en todas las islas. Aunque lentamente, se ha empezado a llevar a la práctica este concepto. La reciente decisión del Ministerio de poner en marcha la Iniciativa Nacional de Atención de Salud de la Familia, que incorporará el componente del bienestar mental (haciendo hincapié en la prevención de la violencia familiar y en la lucha contra el estrés), contribuirá a consolidar un amplio programa de salud mental.

El programa de higiene dental que desarrolla el Ministerio de Salud en el sector público es en gran parte paliativo. Casi todo el trabajo de prevención y restauración está a cargo del sector privado. La razón de dentistas (públicos y privados) respecto de la población era de 3,0 por 10.000 habitantes en 1994. Están garantizadas la continua expansión del programa de odontología en las escuelas y la asignación de más importancia tanto a la educación para el cuidado de la salud oral como a la atención preventiva.

La vigilancia de las enfermedades y los programas de lucha contra las enfermedades transmisibles tienen una larga historia en las Bahamas. Los programas de prevención comprenden la inmunización contra las enfermedades inmunoprevenibles como la difteria, la tos ferina, la poliomielitis, el sarampión, la parotiditis y la rubéola, el tratamiento de la diarrea aguda y programas de detección de ETS, entre las que se incluye el VIH/sida.

El Plan II de Mediano Plazo para el VIH/ETS (1993–1996) promovió el desarrollo de un entorno social propicio para la reducción de los riesgos y la ejecución de intervenciones para el tratamiento de la conducta dirigidas a grupos vulnerables: los jóvenes de 10 a 19 años, las mujeres en edad de procrear, las personas con varias parejas sexuales, las embarazadas, la población encarcelada (anterior y actual) y los donantes de sangre. En todos los grupos antedichos hay personas de la comunidad creole.

Con respecto al Programa Nacional de Preparativos para Situaciones de Desastre, la atención del Ministerio se centra preferentemente en el desarrollo y perfeccionamiento constantes de su Plan Sanitario en Caso de Desastre mediante el adiestramiento y los ejercicios de simulación de desastres.

En respuesta al creciente descontento por la irregularidad con que se pueden conseguir los productos farmacéuticos y por su elevado costo en el sector público, el Ministerio ha puesto en marcha un sistema de compra y distribución de

estos productos que garantice el acceso de la población a los medicamentos esenciales. En 1994 se estableció en las Bahamas un Organismo de Medicamentos que se encarga de estas cuestiones y de establecer y mantener un formulario farmacéutico para todo el país.

El Ministerio ha extendido los servicios básicos de laboratorio, que comprenden los que facilitan el diagnóstico de las ETS, a ciertas Islas Family seleccionadas. Los laboratorios de los hospitales Princess Margaret y Rand participan en varios programas de control de calidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y aprovechan plenamente los servicios del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) para supervisar el banco de sangre y los servicios de transfusión. En relación con los hospitales, se fortalece un programa de garantía de la calidad mediante la participación en el Programa Regional de Certificación de Competencia de los Hospitales y en la Iniciativa del Ministerio de Salud que se puso en marcha en 1996.

El Gobierno se propone privatizar la recolección de los desechos comerciales y domésticos. Con este fin, se ha utilizado un amplio estudio de clasificación de los desechos (terminado en 1992) como base para desarrollar el plan de privatización. Se llevó a cabo un estudio de preinversión sobre el tratamiento de los desechos sólidos y los materiales peligrosos mediante un acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). De este estudio resultó un Plan Maestro para los Desechos Sólidos, que se preparó en 1996. El Plan recomienda, entre otras cosas, la reducción de los desechos, la racionalización del sistema de recolección y el saneamiento por terraplenes (en combinación con la producción de abono a partir de los desechos en Nueva Providencia). Los estudios han demostrado que la generación total de desechos sólidos es de 2,6 kg por persona por día. La aplicación del Plan ha comenzado en algunas Islas Family.

En Nueva Providencia y en Freeport, Gran Bahama, se han instalado algunas estaciones de vigilancia de la contaminación de la atmósfera como parte de la Estrategia de Prevención y Control de la Contaminación Atmosférica. El Departamento de Servicios de Saneamiento Ambiental, un organismo dependiente del Ministerio de Asuntos del Consumidor y Aviación, maneja estas estaciones de vigilancia y se encarga de medir las partículas sólidas suspendidas, óxidos de nitrógeno y óxidos de azufre.

La mayor parte de las estaciones de expendio de combustible de las Bahamas proporcionan ahora gasolina sin plomo; una compañía vende exclusivamente gasolina sin plomo. Se anticipa que como consecuencia de este adelanto se producirá una significativa reducción del plomo en el medio ambiente.

Los datos reunidos en 1995 sobre abastecimiento de agua en las zonas urbanas indicaron que 88% de las casas estaban conectadas al sistema de provisión de agua potable, en tanto que otro 8% disponía de un acceso razonable al agua. La situación se invertía en las zonas rurales, donde 86% de las casas

tenían un acceso razonable al agua pero no contaban con conexiones domiciliarias. En contraste con la situación predominante en cuanto al abastecimiento de agua, tan solo 16% de las casas de las zonas urbanas están conectadas al alcantarillado público, aunque el 84% restante disponen de formas apropiadas de eliminación de excretas. En las zonas rurales, 100% de las casas cuenta con un sistema apropiado de eliminación de excretas. Además, hay un servicio de recolección periódica de desechos sólidos para casi todas las casas (99%) de las zonas urbanas, aunque no hay ninguno en las zonas rurales.

En lo que se refiere a la calidad del agua potable, una preocupación seria es la proliferación de pozos privados de poca profundidad. Especialmente en las zonas residenciales y comerciales con sistemas de saneamiento, la calidad del agua subterránea se ve comprometida por la presencia de nitratos, elementos patógenos y sustancias empleadas en la actividad comercial. Aunque el agua de pozo se utiliza fundamentalmente para lavar, se ha notificado que hay interconexiones que pueden permitir que esta agua contaminada sea bombeada al sistema público de distribución, con lo que quedaría afectado el abastecimiento de agua potable.

No se fomenta el uso de pozos privados. Se insta en cambio a quienes recurren a ellos a que sometan su agua a exámenes periódicos. Tampoco se recomienda pasar del suministro de agua público al privado para reducir los riesgos de contaminación.

En función del aprovechamiento de los recursos humanos, se presta particular atención a la salud materno-infantil, los cuerpos de inspectores de higiene, la epidemiología y la vigilancia de las enfermedades, la administración de los hospitales, la gestión de los programas y la preparación y la dirección de los proyectos. El Ministerio reconoce que la correcta planificación de los recursos humanos, sumada al desarrollo de los profesionales y el personal de salud en todos los niveles y en todas las esferas, es una de las claves del éxito.

Otros programas del Ministerio comprenden el fortalecimiento del sistema de información sobre salud y el mejoramiento de la infraestructura de los hospitales y dispensarios comunitarios.

La reforma del sector salud

En consonancia con los progresos realizados en toda la Región mediante la introducción de modificaciones en los sistemas nacionales de salud, y como parte del trabajo de reforma global del sector público, los principales objetivos de las Bahamas en materia de reforma del sector salud giran en torno de la modernización y la descentralización, la organización y el funcionamiento de los servicios, la complementación con el sector privado y la racionalización de los recursos humanos y financieros.

En las Bahamas se desarrollan actividades específicamente destinadas a llevar a cabo la reforma; a continuación se enumeran, aunque no todas, algunas de ellas:

- preparativos para traspasar la dirección de los tres hospitales públicos, que dependen de un Ministerio centralizado, a un organismo o consejo autónomo, semigubernamental, que deberá hacerse cargo de los servicios que en ellos se prestan;
- privatización de determinados servicios de diagnóstico brindados por el sector público;
- adopción de políticas para la adquisición, la financiación y la distribución de productos farmacéuticos;
- privatización selectiva de los recursos necesarios para consolidar los gastos de financiación y de capital y descentralización de las políticas y prácticas de gestión, y
- desarrollo de sistemas locales de salud en las Islas Family.

Traspaso de los hospitales

La decisión de traspasar la dirección de los hospitales se adoptó tras haberse determinado que una burocracia gubernamental sumamente centralizada militaba en contra del funcionamiento eficiente y eficaz de los hospitales. El objetivo de largo alcance consiste en establecer una empresa de servicios hospitalarios, dirigida por un consejo que tendrá a su cargo la gestión administrativa y ejecutiva. Algunos de los servicios que se prestan dentro del hospital ya se han privatizado y se ha tomado, además, la decisión de subcontratar determinados servicios.

Privatización selectiva

La privatización selectiva surgió de la necesidad y el deseo de los médicos de las Bahamas de prestar atención de salud de calidad, tanto en los servicios privados como en los públicos, a todos los residentes en el país. Desde el principio se planteó porque hay prestadores de atención de salud del primer mundo y pacientes con expectativas propias del primer mundo, mientras la realidad indica que los presupuestos del sector público son limitados.

La característica central de la privatización selectiva es la relación entre la gerencia del Hospital Princess Margaret y una entidad privada, la Alianza de Médicos. En el marco de esta asociación, la Alianza proporciona capital para la adquisición de equipo y la renovación de las instalaciones y se encarga de la selección, el transporte, la colocación, el mantenimiento y la reposición de los equipos. Además, está a cargo de la contratación del personal administrativo, de la gestión de los servicios y del pago del personal técnico y médico. El Hospital Princess Margaret contribuye con las instalaciones ma-

teriales, el personal encargado de la restauración de estas instalaciones, el personal de limpieza y de seguridad y los fondos para pagar los servicios públicos y los aranceles que gravan los equipos y los suministros importados.

La otra característica de la sociedad es que la Alianza de Médicos y el Hospital Princess Margaret se reparten por igual todas las ganancias. La política de la Alianza es no negar ningún servicio a los pacientes indigentes. Los pagos directos que deben efectuar los pacientes del sector público son mucho menores que los que tienen que hacer los pacientes del sector privado; los que corresponden a estos últimos, aunque mayores, se fijan con criterio competitivo y de todas maneras son significativamente inferiores a los del sector privado.

En menor escala, se han privatizado los servicios de radiología, que alguna vez proporcionó el Hospital Princess Margaret a los pacientes de los dispensarios comunitarios.

Desarrollo de los sistemas locales de salud

El concepto de sistemas locales de salud se puso en práctica por primera vez en Gran Bahama en 1985, año en que todos los servicios de salud de la isla fueron incluidos en un marco administrativo general. Este arreglo permitió el máximo aprovechamiento de la competencia hospitalaria, en beneficio de todo el sistema, y dejó margen para que los recursos fueran compartidos con criterio de reciprocidad. Durante el período 1993–1994 se evaluó este sistema y se efectuó un estudio para determinar la factibilidad de implantar un sistema análogo en las Islas Family. Como resultado de todo esto se introdujo una forma modificada del sistema en Andros, Eleuthera y Long Island. Estas islas están divididas en distritos sanitarios, cada uno de los cuales cuenta con su propio equipo de salud. Este sistema no solamente ha acercado la gestión de los servicios a la población destinataria, sino que también ha facilitado el reparto de los recursos entre los distritos. Tras el establecimiento de un gobierno local en 1996 ha sido necesario encontrar la manera de administrar el sistema de salud para beneficiar a la gente en el marco del mandato del gobierno local. Se propone que el sistema se extienda gradualmente a otras Islas Family importantes.

En el marco de los sistemas locales de salud, se procurará encontrar métodos innovadores para que los propios usuarios determinen la amplitud de los servicios brindados y establezcan el orden de las prioridades.

Organización del sector salud

Sector gubernamental

En abril de 1997, tras las elecciones, se reordenaron las funciones del sector público en el sistema de salud. El Ministerio

de Salud se encarga de manera integral de velar por la salud de la nación. Cumple esta función estableciendo políticas y planes estratégicos nacionales para la salud de las personas, proporcionando servicios públicos e instalaciones en apoyo de estas intervenciones y garantizando el mantenimiento de las reglamentaciones y actividades de salud pública para luchar contra las enfermedades y promover la salud.

Al frente del Ministerio está el Ministro de Salud, con quien colabora un Secretario Parlamentario cuyo cometido específico consiste en actualizar la legislación sobre la salud. El Secretario Permanente se ocupa de la estructura administrativa y el Médico Jefe está a cargo de los aspectos técnicos. El resto de los funcionarios superiores que componen el directorio técnico son el Administrador Jefe de los Hospitales y el Director de Enfermería.

Las esferas de servicios y los programas del Ministerio que son de competencia de la administración central, en la sede, comprenden la División de Educación para la Salud, la Secretaría para el Sida, el Consejo Nacional de Estupefacientes, la Administración de Materiales, el Organismo Nacional de Medicamentos, la Oficina de Desarrollo de los Recursos Humanos, la Oficina de Coordinación de la Información sobre Salud y la Oficina de Planificación de la Salud.

Servicios hospitalarios. El sector público administra los tres hospitales, de los cuales los dos más grandes están situados en Nueva Providencia. El Hospital Princess Margaret, con 436 camas, proporciona servicios generales para enfermedades agudas y atención especializada, como por ejemplo terapia intensiva, hemodiálisis, cardiología y urología. El Centro de Rehabilitación Sandilands no solo proporciona atención de salud psiquiátrica y mental mediante servicios ambulatorios y de hospitalización (352 camas) sino también asistencia geriátrica (130 camas). La tercera institución, el Hospital Rand Memorial, funciona en la segunda ciudad más grande de la nación, Freeport, en Gran Bahama. Proporciona atención general para enfermedades agudas y servicios especializados en sus niveles básicos y dispone de una dotación de 82 camas.

Aunque entre 1992 y 1994 la tasa de ocupación del Hospital Princess Margaret fue de alrededor de 90%, en 1995 bajó a 82%. También se registraron altas tasas de ocupación en el Centro de Rehabilitación Sandilands tanto en la Unidad de Psiquiatría (84% en 1992 y 88% en 1994) como en la Unidad de Geriátrica (93% en 1992 y 95% en 1994, con un descenso a 88% en 1995). Sin embargo, en el Hospital Rand las tasas de ocupación oscilaron entre 52,8% (1992) y 54,0% (1994).

El Comité de Dirección Administrativa de cada hospital está formado por el Administrador del Hospital, el Coordinador Médico Jefe y el Oficial Principal de Enfermería; en el Hospital Princess Margaret también se incluyen el Contralor Financiero y el Administrador Jefe del Hospital. En 1996 se in-

trodujo una nueva categoría de funcionarios: los especialistas residentes. Estas personas son los administradores clínicos a tiempo completo: se encargan de dirigir sus respectivas dependencias y son miembros del Comité de Planificación y Organización del Hospital.

Laboratorio, rayos X y farmacia. Se dispone de estos servicios tanto en el sector público como en el privado. El laboratorio del Hospital Princess Margaret trabaja para el Hospital y los dispensarios de salud comunitarios. También funciona como laboratorio de salud pública y de referencia y maneja el banco de sangre. El Hospital Rand cumple funciones análogas en Gran Bahama. También se pueden utilizar estos servicios en el Doctor's Hospital, una institución privada; hay servicios que funcionan exclusivamente en el sector privado.

En el sector público, los servicios farmacéuticos están a cargo del Organismo Nacional de Medicamentos, establecido en 1994. Este Organismo se ocupa de la compra de productos farmacéuticos y biológicos y de su distribución en los servicios de salud de los hospitales y la comunidad. En 1993 se instituyó un proyecto de cooperación técnica entre el Ministerio de Salud y el Organismo de Medicamentos de Barbados para racionalizar la compra de productos farmacéuticos y su distribución en los centros de salud estatales. Este proyecto está en marcha.

La adquisición del equipo y de los materiales para el Ministerio está a cargo del Departamento de Administración de Materiales. Las solicitudes de compra que se le presentan son remitidas por las instituciones respectivas tras un cuidadoso análisis por los comités internos pertinentes.

Servicios de salud pública. Estos servicios se prestan por conducto de una red de 57 dispensarios comunitarios y 54 dispensarios satélites en Nueva Providencia y las Islas Family. También abarcan programas comunitarios tales como la enfermería domiciliar y distrital, la vigilancia de las enfermedades y la rehabilitación en el hogar. El equipo de gestión en esta esfera está compuesto por un Administrador, un Coordinador del Personal Médico, un Oficial Principal de Enfermería y un Funcionario de Salud con título de Médico. Funciona una oficina que está a cargo específicamente de la coordinación de la prestación de servicios en las Islas Family. Los servicios de salud pública comprenden la medicina general, la salud materno-infantil y la salud oral. Se proporcionan en los siguientes tipos de centros de salud:

1) Clínicas generales (existentes únicamente en Nassau), cuyo personal está compuesto por médicos generales, enfermeras de salud pública y otras enfermeras matriculadas. Cuentan con servicios de radiología, de farmacia, odontológicos y, con carácter limitado, de laboratorio.

2) Centros de salud distritales, en los que trabajan un médico residente, una enfermera a cargo y un funcionario que

desempeña tareas administrativas y de secretaría. Estos centros constituyen los puntos de coordinación médica en ciertos distritos sanitarios y cuentan con la mayor parte de los equipos estándar para el mantenimiento de la vida.

3) Dispensarios comunitarios, que se ocupan de las necesidades de una comunidad determinada. Hay una enfermera residente en cada dispensario; el médico distrital realiza visitas todas las semanas.

4) Dispensarios satélites, que no cuentan con personal residente y son visitados por un médico y una enfermera periódicamente, desde dos veces por mes hasta cada seis semanas.

Servicios de saneamiento ambiental. El interés del Ministerio por el medio ambiente se encausa por conducto del Departamento de Servicios de Salud Ambiental (DSSA), que comprende a su vez tres divisiones: Directorio de Salud, Vigilancia del Medio Ambiente y Evaluación de los Riesgos Ecológicos, y Recolección y Eliminación de Desechos Sólidos. El equipo de gestión comprende un director, un director adjunto y los subdirectores a cargo de las tres divisiones. En abril de 1997 este Departamento fue transferido del Ministerio de Salud al Ministerio de Asuntos del Consumidor y Aviación.

Entre las funciones del DSSA figuran el control de la calidad de las aguas subterráneas, el agua potable (incluida la embotellada) y la atmósfera; el tratamiento de los desechos sólidos y los desechos peligrosos y el control de la seguridad química; la inspección de los puertos para verificar la observancia de las normas de higiene; el control de la calidad de los alimentos; la inspección de las instalaciones pertinentes, y el control de la proliferación de vectores.

La mayor parte de los desechos sólidos se elimina en un vertedero terraplenado. En Nueva Providencia, el DSSA transporta 28% de los desechos que se llevan al terraplén (basura de viviendas y desechos de pequeños negocios); transportistas privados y empresas que se encargan de tratar desechos (de hoteles y de empresas industriales y comerciales) se encargan del 72% restante. Los desechos procedentes de los hospitales también se transportan al vertedero, salvo que se trate de desechos infecciosos, que se incineran en el lugar.

El abastecimiento de agua potable está a cargo de la Empresa de Agua y Alcantarillado (EAA). Es el organismo legalmente responsable del tratamiento de los recursos hídricos, el suministro de agua y la provisión de instalaciones apropiadas para el desagüe y la eliminación sanitaria de las aguas servidas y los efluentes industriales en las Bahamas, con excepción de Gran Bahama, donde se ha establecido un servicio público de abastecimiento de agua y tratamiento de las aguas residuales.

La fuente principal de agua potable es el agua subterránea poco profunda. El agua subterránea tiene un perceptible sabor salado y mucha gente consume agua potable embote-

llada (que se produce localmente en plantas de ósmosis inversa). También se han construido plantas de desalinación en los complejos urbanísticos de los principales hoteles. Está previsto que una planta de desalinación por ósmosis inversa empiece a funcionar a fines de 1997 para incrementar el abastecimiento público de agua y reducir el nivel general de salinidad. El agua de lluvia recolectada en tanques y cisternas representa menos de 3% del agua que se consume. El agua potable también se transporta por barcas de Andros a Nueva Providencia, que es la isla más poblada.

Teniendo en cuenta que, desde el punto de vista de su supervivencia económica, las Bahamas dependen muchísimo del sector turístico, es vital el desarrollo sostenido del turismo. El Gobierno ha creado la Comisión de Medio Ambiente, Ciencia y Tecnología de las Bahamas, dependiente de la Oficina del Primer Ministro, para que aborde el problema del desarrollo sostenible. Los miembros de la Comisión proceden de los ministerios, los departamentos, las sociedades anónimas y las organizaciones del sector privado, son funcionarios responsables del medio ambiente, la ciencia o la tecnología, o sencillamente son personas que se ocupan de estas cuestiones.

Entre otras, son funciones de esta Comisión:

- servir de punto de enlace de las Bahamas con todas las organizaciones internacionales que se ocupan del medio ambiente, la ciencia y la tecnología;
- coordinar el trabajo resultante de las convenciones, tratados, protocolos y acuerdos internacionales sobre el medio ambiente de los cuales las Bahamas son o serán signatarias, y
- coordinar los esfuerzos que se despliegan a nivel nacional a fin de proteger, conservar y administrar responsablemente los recursos ambientales de las Bahamas; desarrollar un Plan Estratégico Nacional de Conservación y Desarrollo Sostenible; determinar los adelantos científicos y tecnológicos apropiados que pueden contribuir al desarrollo de las Bahamas; impulsar proyectos de leyes a fin de poner en vigor las disposiciones del Plan Nacional de Conservación y otras políticas sobre el medio ambiente, y encontrar y solicitar la asistencia técnica y las subvenciones financieras necesarias para cumplir el cometido de la Comisión.

Con respecto al medio ambiente, son motivo de preocupación la contaminación provocada por los automóviles, el tratamiento de los desechos sólidos, la protección de los recursos naturales, la contaminación de las zonas costeras, el abastecimiento de agua potable y la eliminación de las aguas servidas.

Legislación. La legislación relativa a la salud no se ha puesto a tono con el crecimiento de la industria de la atención de salud, los adelantos tecnológicos o los numerosos problemas ambientales que enfrenta el país. Es preciso que se

adapte a las nuevas categorías de personal y a los nuevos tipos de servicios, en especial en el sector privado. La legislación vigente estipula que deben estar matriculados únicamente los médicos, enfermeras (entre las cuales están las parteras) y los dentistas. Se otorga máxima prioridad a la legislación relativa a la matriculación de farmacéuticos y técnicos de laboratorio y ya se han iniciado los trabajos preliminares para redactar proyectos de ley sobre tecnología radiológica, optometría, podología, quiropraxia y fisioterapia.

Otra prioridad legislativa es la reglamentación de las instalaciones de salud, que abarcan los hospitales privados, las clínicas y consultorios generales, los laboratorios y los rayos X.

Aunque se está haciendo algo en la esfera de la legislación sobre saneamiento ambiental, es mucho lo que queda por hacer. Si bien no hay leyes que limiten la práctica de fumar en casi ningún sitio público, está prohibido fumar en la línea aérea nacional y, desde el 1 de agosto de 1997, en los aeropuertos del país.

Si bien no está en vigencia ninguna ley que regule el uso de cinturones de seguridad o de asientos para niños en los automóviles, se está prestando activa consideración a la promulgación de la legislación correspondiente. En el interín, se fomenta el empleo de cinturones de seguridad entre los conductores.

Sector privado

Servicios. El sector privado proporciona servicios de atención primaria, servicios de urgencia, atención secundaria con internación hospitalaria y servicios ambulatorios especializados, diagnósticos y terapéuticos en las esferas de la medicina y de la odontología. Funcionan dos hospitales privados que proporcionan atención secundaria. El Doctor's Hospital tiene 72 camas y presta, entre otros, servicios de atención de urgencia, asistencia médica especializada (que incluye la reumatología y la nefrología), cirugía (que comprende la cirugía cardiovascular y la neurocirugía), obstetricia y servicios de diagnóstico (que incluyen la medicina nuclear). El otro hospital privado, el Lyford Cay, cuenta con 12 camas. Proporciona servicios especializados en cardiología, cirugía plástica, urología y podología. Además, diversos servicios privados disponen de instalaciones apropiadas para partos, aunque no se clasifican como hospitales.

Existen servicios ambulatorios especializados de cardiología y nefrología. El Centro Cardiológico de las Bahamas ofrece una amplia gama de técnicas de evaluación cardíaca, que comprenden pruebas nucleares de detección del estrés y catecterización cardíaca. También se lleva a cabo la implantación de marcapasos. El Renal House ofrece diálisis renal.

Seguro de salud. Aunque no hay un sistema nacional de seguros de salud, la Junta Nacional de Seguros proporciona

prestaciones médicas en caso de accidentes o enfermedades laborales. Se repone parcialmente el salario del trabajador mientras está enfermo y se le paga la atención médica de los accidentes laborales. Algunas de las otras prestaciones que se brindan abarcan casos de maternidad, discapacidad y muerte. Además están previstas prestaciones por invalidez, jubilación y pensión al supérstite. El sistema privado de seguros ofrece varias opciones en materia de seguros médicos y odontológicos.

Servicios de salud y recursos

Recursos humanos

Las Bahamas cuentan con una buena cantidad de médicos y dentistas. El número de médicos aumentó de 373 (14,13 por 10.000 habitantes) en 1992 a 417 (14,98 por 10.000) en 1995, mientras que los dentistas pasaron de 58 (2,2 por 10.000) en 1992 a 80 (2,9 por 10.000) en 1995. Desde el punto de vista de la distribución, 235 médicos trabajan en los servicios públicos y 182 (excluidos los especialistas) en el sector privado. Hay especialistas tanto en el sector privado como en el público.

En el sector público, 152 médicos (incluidos 25 especialistas) están asignados al Hospital Princess Margaret, 32 (incluidos siete especialistas) al Hospital Rand, 13 (incluidos 5 especialistas) al Centro de Rehabilitación Sandilands y 37 a los Servicios de Salud Comunitarios. Con respecto a estos últimos 37 médicos, cabe destacar que mientras 15 residían en Nueva Providencia y 20 en las Islas Family en 1994, esta situación se invirtió en 1995: 21 trabajaban en Nueva Providencia y 16 en las Islas Family.

De los 80 dentistas del país, 21 atienden en el servicio público y 59 en los servicios privados. A su vez, de los 21 que trabajan en el servicio público, 13 están asignados al Hospital Princess Margaret, 1 al Hospital Rand, 1 al Centro de Rehabilitación Sandilands y 6 a los Servicios de Salud Comunitarios.

El número de enfermeras matriculadas del servicio público aumentó apenas ligeramente entre 1989 y 1995 (de 623 a 653). Por consiguiente, la tasa por 10.000 habitantes descendió en ese período de 25,0 a 24,1. Entre 1989 y 1993 el número de enfermeras clínicas diplomadas (ECD) disminuyó de 467 a 416; después subió a 464 en 1995, aunque sin alcanzar todavía el nivel de 1989. Durante el lapso indicado la tasa por 10.000 habitantes cayó de 18,8 a 16,6. Desde el punto de vista de su distribución, 362 enfermeras matriculadas y 249 ECD están asignadas al Hospital Princess Margaret, 56 enfermeras matriculadas y 53 ECD al Hospital Rand, 104 enfermeras matriculadas y 88 ECD al Centro de Rehabilitación Sandilands y 131 enfermeras matriculadas y 74 ECD a los Servicios de Salud Comunitarios.

Con respecto a las otras categorías de personal, el Hospital Princess Margaret cuenta con 16 farmacéuticos y 16 auxilia-

res de farmacia, 32 técnicos de laboratorio y 7 fisioterapeutas, 5 ayudantes de fisioterapia y 1 especialista en terapia ocupacional. En el Hospital Rand Memorial trabajan 7 técnicos de laboratorio, 4 laboratoristas y 1 especialista en citología.

En las Bahamas no hay una facultad de medicina ni de odontología. La mayoría de los médicos y dentistas de la nación se han formado en la Universidad de las Indias Occidentales o en América del Norte. En abril de 1997 el Gobierno de las Bahamas concertó un acuerdo con la Universidad de las Indias Occidentales conforme al cual han de utilizarse el Hospital Princess Margaret y los servicios de salud comunitarios para proporcionar experiencia clínica a los estudiantes de medicina de la Universidad.

La capacitación de las enfermeras se lleva a cabo en el Colegio de las Bahamas. El Departamento de Enfermería ofrece un programa de obstetricia, un grado de asociada en enfermería, un programa de educación permanente y, desde 1995, el título de licenciada en enfermería para enfermeras matriculadas. Aunque en 1995 había 199 estudiantes inscriptos en el curso de asociados en ciencias, el número de graduados durante el período 1992–1995 ha sido relativamente pequeño (64) y en 1995 se graduaron tan solo 7 estudiantes. Durante el antedicho período hubo una sola promoción de obstetras (15 en total en 1994). Con estas cifras no se satisface la demanda del sector salud y, todavía, de vez en cuando se contratan enfermeras en el extranjero.

El Departamento de Ciencias de la Salud del Colegio de las Bahamas ofrece un título de asociado en higiene ambiental. Actualmente se ha organizado un curso tras el cual se podrá obtener el grado de asociado en ciencias de la salud, con la opción de graduarse en tecnología médica, farmacia, medicina del trabajo y fisioterapia.

Gasto y financiamiento sectorial

A partir de 1970 el gasto nacional en salud ha experimentado un constante aumento como reflejo del incremento del

total de los gastos ordinarios del país. El porcentaje del gasto total del Estado en salud pasó de 10,8% en 1970 a 15,6% en 1986. Desde este último año ha fluctuado con tendencia a la baja y en el presupuesto para 1995–1996 llegó a 13,6%. Sin embargo, como consecuencia del fortalecimiento de la economía nacional, ha aumentado la suma que realmente se gasta. La distribución de los gastos entre las diferentes divisiones del Ministerio se ha mantenido bastante constante: aproximadamente 15% se ha destinado a la administración, 65,5% a los hospitales, 8% al saneamiento ambiental y 11% a los servicios de salud comunitarios. No es posible determinar cuánto se gasta en los servicios de prevención exclusivamente, porque en el sistema de salud pública se brindan conjuntamente los servicios preventivos y curativos.

Los recursos financieros que proporciona el Estado central para la salud provienen de un fondo consolidado. Además, se obtienen ingresos limitados por el pago de los costos de hospitalización y de los servicios clínicos y diagnósticos.

Además de financiar las prestaciones médicas, la Junta Nacional de Seguros ha proporcionado financiación para la construcción de 11 centros de salud en Nueva Providencia y cinco en las Islas Family; financia, además, otros cinco centros que se están construyendo.

Los gastos de menor cuantía que realizan las familias para pagar los honorarios de los médicos, los medicamentos, los servicios de diagnóstico y los seguros de salud privados constituyen una parte de los recursos del sector privado. El BID ha estimado que el gasto privado en salud equivale a 2,2% del PIB y a 45,6% del gasto total en salud del país.

Diversas organizaciones no gubernamentales proporcionan servicios de salud de uno u otro tipo. Algunas toman parte activa en programas de salud patrocinados por el Estado. Entre ellas se destacan la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, la Comisión en pro del Niño Impedido, la Fundación Sida, la Asociación para la Planificación de la Familia, el Centro para las Crisis y la Asociación de Diabéticos. Hay otras organizaciones que trabajan en las esferas del consumo indebido de drogas y de la atención de las personas con sida.

BARBADOS

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Barbados, la isla más oriental del Caribe, tiene una superficie de más de 430 km² que se extiende por un terreno en su mayor parte llano. Debido al reducido tamaño del país, es difícil distinguir las zonas urbanas de las rurales; con todo, las regiones más densamente pobladas se encuentran a lo largo de las costas occidental, sudoccidental y meridional.

El país tiene una buena red vial y de su aeropuerto internacional parten varios vuelos diarios a importantes ciudades del mundo. La población recibe buenos servicios de un sistema de transportes privados y públicos. La isla se encuentra en una zona de huracanes y, por lo tanto, cada año aumenta la vigilancia entre los meses de junio y noviembre. La Organización Central de Operaciones de Socorro en Emergencias se encarga de la preparación y la respuesta frente a las emergencias.

Barbados se rige por un sistema de gobierno democrático y cada cinco años se celebran elecciones parlamentarias. El Parlamento comprende un Senado compuesto por 21 miembros nombrados especialmente y una Cámara de Representantes integrada por 28 miembros elegidos por el pueblo.

Durante el período 1992–1995, la economía de Barbados se recuperó de la recesión que había empezado en 1989: se produjeron un aumento de la producción real y de las reservas internacionales y un mejoramiento de la balanza de pagos. En el año fiscal 1991–1992 el Gobierno puso en marcha un programa de estabilización de 18 meses, con el propósito de restaurar el equilibrio de las finanzas y de las cuentas de las transacciones externas del país.

En 1992 el producto interno bruto (PIB) real había caído a US\$ 395,5 millones como consecuencia de la recesión de 1989. Sin embargo, la producción real había aumentado a US\$ 401,9 millones en 1993 y alcanzado los US\$ 428,4 millones en 1995. Los principales sectores de la economía que con-

tribuyeron a este crecimiento fueron el turismo, la industria manufacturera, el comercio mayorista y minorista, la actividad empresarial y los servicios generales.

El turismo registró un crecimiento real durante el período: entre 1992 y 1995 los ingresos anuales provenientes de este sector se elevaron de US\$ 56,8 millones a US\$ 65,4 millones, y también mostraron aumentos indicadores tales como la duración media de la estancia en los hoteles y las tasas de ocupación de sus camas. El arribo de pasajeros de cruceros turísticos se incrementó en mayor medida que el de quienes llegan a la isla para permanecer en ella un tiempo largo.

Después de tres años de déficit, en 1992 se registró el primer superávit de la actual balanza de pagos; este superávit se mantuvo durante el período 1993–1995, fundamentalmente por el comportamiento de la industria manufacturera de exportación y del turismo.

La tasa de inflación, que fue de 6,2% en 1992, bajó a 0,1% en 1994, pero volvió a subir a 1,9% en 1995. En 1995, el aumento de precio de los comestibles y las bebidas, así como el de la vivienda, fue contrarrestado parcialmente por la disminución de los costos del transporte, de mantenimiento del hogar y de las provisiones.

En abril de 1993 el Gobierno, los sindicatos y los interlocutores sociales negociaron el primer protocolo de precios e ingresos, que entrañó el congelamiento de los salarios tanto en el sector público como en el privado y la contención de los precios de los bienes y servicios.

Los gastos corrientes del Estado aumentaron de US\$ 543,1 millones en 1992–1993 a US\$ 616,2 millones en 1995–1996. Los ingresos corrientes se incrementaron de US\$ 502,2 millones a US\$ 574,5 millones durante el mismo período. Los gastos de capital anuales fueron de US\$ 22 millones de 1992–1993 a 1994–1995 y se elevaron a US\$ 58,5 millones en 1995–1996. Sin embargo, el gasto público, como porcentaje del PIB, disminuyó de 26% en 1993 a 23% en 1995. El monto neto del déficit fiscal por amortizaciones, que era de US\$ 25,9 millones en 1992–1993, descendió a US\$ 10,6 millones en 1995–1996.

La población activa aumentó de 132.100 personas en 1992 a 136.800 en 1995. La tasa de desempleo alcanzó su punto más alto (24,3%) en 1993, durante la aplicación del programa de ajustes estructurales; en 1995, el desempleo había descendido a 19,7%.

La tasa de alfabetización de Barbados, estimada en 95%, es una de las más altas del Caribe. La educación primaria y secundaria es obligatoria hasta los 16 años de edad.

En 1990 había en Barbados aproximadamente 75.170 viviendas, de las cuales 70.693 (94%) disponían de agua corriente. El 6% restante tenía fácil acceso a servicios de abastecimiento público de agua. Más de 75% de las viviendas tenían teléfono y disponían sin demoras de servicios de telecomunicación; más de 90% tenían electricidad. De conformidad con la Encuesta Permanente de Hogares que lleva a cabo el Servicio de Estadística, el tamaño medio de las unidades familiares era de 3,5 personas en 1996; por otra parte, el censo de 1990 había puesto de relieve que 44% de los cabezas de familia eran mujeres.

Durante 1992–1995, la población creció a una tasa anual inferior a 1%. Durante el último decenio han cambiado las características demográficas de la población, pues va en aumento la proporción de personas de edad avanzada. En 1995, aproximadamente 12% de la población tenía más de 65 años y 23% menos de 15. A mediados de 1995 se estimó que la población era de 265.173 habitantes: 47,9% eran hombres y 52,1% mujeres; sin embargo, en el grupo de edad de 65 años y más las mujeres superaban a los hombres en 19,4%. La esperanza de vida al nacer es de 72,9 años para los hombres y de 77,4 años para las mujeres. La inscripción de los nacimientos es completa: más de 98% de los niños nacen en hospitales y se exige que los nacimientos se registren inmediatamente.

Mortalidad

En el curso de los últimos cuatro años, la tasa bruta de mortalidad se ha mantenido casi constante, en 9 por 1.000 aproximadamente. Durante el período 1992–1995, el número total de muertes fue de 9.692. En 1995, las principales causas de muerte fueron las cinco siguientes, en orden descendente de importancia: enfermedades cardiovasculares (CIE-9, 393–398; 410–429), 18,8% de las defunciones; tumores malignos (140–208), 17,2%; enfermedad cerebrovascular (430–438), 13,7%; diabetes mellitus (250), 10,0%, y otras enfermedades del sistema circulatorio (440–459), 3,9%. En 1995, las cinco causas de muerte más importantes en los niños de menos de 5 años representaron 3% de la totalidad de las defunciones. En el grupo de edad de más de 45 años, 905 muertes (41%) fueron atribuidas a causas relacionadas con cardiopatías y 373 (13,3%) a neoplasias de las vías genitourinarias y del aparato digestivo. El resto de las defunciones se atribuyó a varias otras

causas. Estos datos son coherentes con una población que envejece y cuya longevidad es de más de 75 años.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

En 1995, la tasa de mortalidad infantil fue de 15,2 por 1.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad neonatal de 11,3 por 1.000 nacidos vivos. Las tasas de mortalidad en los recién nacidos y los lactantes experimentaron pocas variaciones entre 1992 y 1995.

Las defunciones neonatales representaron 75% del total de las defunciones infantiles y 54% se produjeron en el grupo de edad de menores de 1 día. Las principales causas de muerte de los menores de 5 años fueron ciertas afecciones originadas en el período perinatal, seguidas por las anomalías congénitas, la neumonía y el sida.

El número de niños menores de 1 año que mueren de sida ha permanecido relativamente constante, pero puede decrecer debido a que se administra azidotimidina (AZT) a las mujeres VIH positivas que están embarazadas. Aunque las enfermedades del sistema respiratorio no constituyeron una causa importante de muerte, fueron la segunda de las causas más comunes de hospitalización entre los niños menores de 5 años; en este grupo de enfermedades se destaca el asma, lo que refleja la creciente prevalencia de esta afección, que según se estima afecta a 12% de la población general.

Durante los últimos cuatro años, el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (<2,5 kg) fluctuó entre 9% y 11%, lo que indica que es necesario que el sistema de salud tenga por destinatarias de servicios de seguimiento a las madres que den a luz niños que pesen menos de lo que se considere normal. La desnutrición de los niños no es común; tampoco es frecuente como causa de ingreso en un hospital.

Durante el período 1992–1995, la tasa de mortalidad de los niños de 1 a 4 años fue de 0,4 por 1.000 niños de este grupo de edad; para los niños de 5 a 14 años fue de 0,2 por 1.000.

La salud del adolescente

En las policlínicas estatales se brindan servicios de salud para los adolescentes (grupo de edad de 10 a 19 años); también se educa para la vida en familia en los consultorios y se desarrollan programas de divulgación en las escuelas. El propósito de estos programas es mejorar la vida en familia y reducir los embarazos de las adolescentes y los malos tratos a los niños.

Los datos del Departamento de Estadísticas del Estado indican que se produjo una firme disminución de los nacimientos correspondientes a madres adolescentes. Durante el período que se examina, estos nacimientos constituyeron 13,9% de la totalidad de los nacimientos registrados en 1995, un porcentaje que entraña una disminución con respecto al elevado 23% de 1977. Esta declinación coincidió con el fortalecimiento del programa de salud para los adolescentes, la aplicación en las escuelas de programas de educación para la vida en familia y la ampliación del programa de orientación entre pares que para el mencionado grupo de edad desarrolla la Asociación de Planificación de la Familia de Barbados.

El abuso de sustancias tóxicas entre los adolescentes es motivo de preocupación. La marihuana y la cocaína son las sustancias de las que más se abusa. En 1994 y 1995 recibieron tratamiento por consumir simultáneamente ambas drogas entre 15 y 20 varones de 20 años. Se cree que los servicios de la Unidad de Rehabilitación del Hospital de Psiquiatría son subutilizados como consecuencia del estigma que se atribuye a quienes recurren a ellos. No se notificó el uso de drogas por vía intravenosa.

En el período que se examina se desarrollaron varios programas con el propósito de mejorar la salud de la familia. De conformidad con el censo de 1990, 70.460 personas formaban el grupo de edad de 15 a 29 años y representaban 27% de la población total. El aumento de la violencia y de la inadaptación en este grupo ha sido motivo de preocupación. Los informes indican que la mayoría de las personas que participan en los programas de rehabilitación de toxicómanos que conduce el Ministerio de Salud empezaron consumiendo drogas ilícitas entre los 13 y los 16 años de edad.

La salud del adulto

El modo de vida es crucial para la salud de los adultos (de 20 a 60 años). Las características de la morbilidad de la población muestran un aumento de la incidencia de las enfermedades no transmisibles a partir de los 45 años de edad.

Se ha prestado mucha atención a las mujeres de este grupo de edad. Durante los últimos 40 años, la tasa de natalidad ha disminuido de manera significativa, pues ha pasado de 34 por 1.000 en 1955 a 13,4 por 1.000 en 1995. Entre 1993 y 1995 se establecieron consultorios de planificación de la familia en todos los dispensarios públicos.

Los abortos legales representaron 2,8% de las principales causas de hospitalización en 1995, frente a 3,9% en 1992. Hubo cinco defunciones maternas en el período 1992–1995 (3,3 por 10.000 nacidos vivos), en comparación con 14 en el período 1988–1991 (8,4 por 10.000 nacidos vivos).

La salud del adulto mayor

Uno de los mayores desafíos para el sistema de atención de salud es hacer frente a los problemas de las personas de edad avanzada (grupo de 60 años y más). Enfermedades no transmisibles tales como la artritis, la hipertensión y la diabetes mellitus siguen siendo los principales trastornos de salud de estas personas. Las causas de muerte más importantes de este grupo de edad son las cardiopatías y las enfermedades cardiovasculares. Las discapacidades más comunes que afectan a los adultos mayores son la ceguera y la visión defectuosa.

Las personas de edad avanzada tienen acceso irrestricto a la atención primaria de salud, que se les ofrece en las policlínicas, y a la atención secundaria, de la que disponen en el Hospital Queen Elizabeth y en el Hospital de Psiquiatría. Cinco hospitales geriátricos y distritales son los que fundamentalmente proporcionan asistencia hospitalaria a las personas de edad avanzada; tienen una capacidad combinada de 744 camas y una tasa anual de ocupación media de 95,5%. La demanda excesiva de asistencia geriátrica en las instituciones públicas obliga a estos hospitales a funcionar al máximo de su capacidad. De conformidad con las estadísticas del Departamento de Servicios Sociales del Hospital Queen Elizabeth, en agosto de 1996 había 604 personas en la lista de espera para ingresar en el Hospital Geriátrico. Como un modo de solucionar el problema de la insuficiencia de camas en las instituciones geriátricas públicas, en 1995 el Gobierno asignó algunas de las camas del Hospital Queen Elizabeth a personas de edad que no eran casos agudos que necesitasen asistencia médica ni de enfermería. La ampliación de la atención de las personas de edad avanzada es uno de los componentes del estudio de racionalización del sector salud que financia el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

El Gobierno se ha comprometido a posibilitar que las personas de edad sigan viviendo en sus comunidades. Sin embargo, las tentativas de desinstitutionalizar a las personas mayores y de devolverlas a sus casas no siempre han tenido éxito porque no se dispone de sistemas ni de programas de apoyo. El Gobierno también examina distintas formas de provisión de asistencia domiciliaria a las personas de edad avanzada.

La salud de los trabajadores

No hay indicios de que en Barbados haya explotación de menores porque se hace respetar el cumplimiento estricto de la Ley de Enseñanza Obligatoria, que exige que los niños de 5 a 16 años asistan a la escuela; los funcionarios encargados de fiscalizar la asistencia de los estudiantes a las aulas investigan los informes de niños que no concurren a ellas durante más de dos semanas.

Aunque no hay información sobre el empleo en el sector informal, en la actualidad el Ministerio de Trabajo, Desarrollo Comunitario y Deportes está llevando a cabo un estudio al respecto.

Las mujeres representan una porción creciente de la población económicamente activa: constituían 48,2% de la fuerza de trabajo en 1992 y 49,3% en 1995. En 1992, 80% de las mujeres empleadas trabajaban en el sector de los servicios. Es preciso investigar los efectos que producen en la salud de la mujer las condiciones en que trabaja, particularmente cuando está empleada en establecimientos donde se utilizan sustancias químicas o se requiere una iluminación adecuada; también merece estudio el sector agrícola.

En mayo de 1996 se presentó y examinó un proyecto de Plan Regional de Salud para los Trabajadores en una Conferencia Regional Pluripartidaria sobre la Salud del Trabajador que se celebró en Barbados. Entre sus componentes estaban la salud y el desarrollo humano, los sistemas de salud y la organización de los servicios, la promoción y la protección de la salud, la preservación del medio ambiente, y la prevención y el control de las enfermedades.

En la actualidad el Gobierno examina la legislación sobre higiene y seguridad en los sitios de trabajo, que ha de reemplazar la Ley de Fábricas de 1982. La Confederación Patronal de Barbados alienta a sus miembros a preservar la salud de sus empleados mediante la adopción, entre otras, de las siguientes medidas para que los lugares de trabajo sean saludables: apertura de oficinas en las que no se fume, medición de la calidad de la atmósfera, provisión de instalaciones para practicar ejercicios y patrocinio de seminarios sobre cuestiones sanitarias en los mismos lugares de trabajo; en algunos lugares de trabajo también se ofrecen programas de asistencia a los empleados.

La salud de los discapacitados

El Centro de Desarrollo del Niño es una dependencia del Ministerio de Salud que proporciona asistencia en lo físico, psicológico y emocional a las personas impedidas, ofreciéndoles servicios tales como terapia ocupacional, fisioterapia, tratamiento de la conducta, logoterapia, pruebas de fonología y orientación individual.

En la actualidad están registradas en el Centro 1.417 personas con discapacidades: 924 hombres y 493 mujeres. El grupo de edad de 1 a 12 años es el más afectado por el retraso mental y el retardo del desarrollo, y presenta el más alto porcentaje de diagnósticos que se mantienen secretos.

En 1992, el Consejo para los Discapacitados de Barbados, que trabaja como Capítulo de Barbados de los Asociados en Tecnología Apropriada para Minusválidos, puso en marcha un proyecto de largo alcance que se había elaborado para propor-

cionar más y mejores servicios a los niños y adultos jóvenes con discapacidad, haciendo participar a sus padres. Desde entonces, el Consejo ha instituido programas de enseñanza para sensibilizar al público en general en relación con los discapacitados y ha contribuido al desarrollo del proceso de planificación nacional en materia de discapacidades físicas y mentales. En 1994 empezó a formularse una política nacional para las personas con discapacidad y se creó un grupo especial de trabajo que fue comisionado por el Ministerio de Trabajo, Desarrollo Comunitario y Deportes para que presentara un proyecto de ley tendiente a facilitar la incorporación de los discapacitados en la vida nacional. Un representante del Ministerio de Salud colaboró como miembro de dicho grupo y las propuestas presentadas están ahora a consideración del Ministerio de Trabajo, Desarrollo Comunitario y Deportes.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. Durante una epidemia que se produjo en 1995 fueron notificados 2.076 casos de dengue, de los cuales 870 fueron confirmados en el laboratorio. El brote se concentró en el sur y el sudoeste del país y el grupo más afectado fue el de las mujeres de 15 a 39 años, que son las económicamente más activas y constituyen casi la mitad de la fuerza de trabajo del país. Hubo dos casos de dengue hemorrágico y una muerte por esta enfermedad. Los serotipos 2 y 4 fueron los que circularon durante esta epidemia. El dengue parece ser endémico, ya que se notifican casos durante todo el año.

Enfermedades inmunoprevenibles. Barbados fue declarado libre de poliomielitis en 1994; no se notificó ningún caso de esta enfermedad en más de 10 años. El último caso de difteria fue notificado en 1980. Se notificó un caso de tos ferina en 1993 y otro en 1995. En cuanto al tétanos, se notificaron dos casos en 1993, otros dos en 1994 y ninguno en 1995. Todos los casos de tétanos se produjeron en personas de edad.

El último caso de sarampión se notificó en 1991. En 1996 hubo un brote de rubéola, durante el cual se notificaron 229 casos sospechosos; con respecto a esta enfermedad, se notificaron 3 casos en 1993 y 16 en 1995. En 1994 no se notificó ninguno. De los casos sospechosos, 83 fueron confirmados por laboratorio; de estos, 15 se produjeron en mujeres embarazadas. Se puso en marcha un sistema de vigilancia de la rubéola congénita para conocer los resultados de estos embarazos y planificar las estrategias de intervención necesarias para el tratamiento de los niños. En función de sus costos, se analiza la eficacia del programa de inmunización de las madres en riesgo.

Se notificaron dos casos de meningitis por *Haemophilus* en 1993, cinco en 1994 y uno en 1995. Se está considerando la incorporación de *Haemophilus influenzae* en el grupo de enfermedades incluidas en el Programa Ampliado de Inmunización para el cual se dispondrá de vacunas.

En 1993 se notificó un caso de meningitis meningocócica; aunque se consideró que había sido importado, no quedó claramente demostrada su relación epidemiológica. Los contactos inmediatos fueron tratados con rifampicina.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales.

No se han notificado casos de cólera en Barbados. Por conducto del sistema de vigilancia de las enfermedades diarreicas fueron notificados 1.606 casos de diarrea en 1993, 1.549 en 1994 y 2.099 en 1995. En cuanto a la gastroenteritis, se notificaron 53 casos en 1993, 37 en 1994 y 102 en 1995. El aumento de la circulación de agentes patógenos víricos y los mejores sistemas de vigilancia activa son factores que explican el incremento de los casos de enfermedades diarreicas notificados el año último.

En 1993, el Laboratorio de Salud Pública notificó ocho casos de infestación por anquilostomas entre las muestras de heces sometidas a examen; las cifras correspondientes a 1994 y 1995 fueron 15 y 10, respectivamente. En cuanto a las infestaciones por *Trichuris*, se notificaron 15 casos en 1993, 14 en 1994 y 8 en 1995. Fueron notificados dos casos de ascariasis en 1993; no se notificó ninguno en 1994 ni en 1995.

Enfermedades crónicas transmisibles. En 1993 se notificaron dos casos de tuberculosis y dos defunciones a causa de esta enfermedad; en 1994 se notificaron ocho casos y seis muertes y en 1995, seis casos. En cuanto a la lepra, se notificó un caso en 1993 y no se notificó ninguno en 1994 y en 1995.

Infecciones respiratorias agudas. En 1993 se notificaron 21 casos de bronconeumonía en el grupo de edad de niños menores de 5 años; en 1994 y 1995 se notificaron 12 y 13 casos, respectivamente.

El asma es una causa importante de morbilidad, con una tasa de prevalencia de 12%. El Departamento de Accidentes y Urgencias del Hospital Queen Elizabeth registra un promedio de prestaciones de asistencia que oscila entre 8.000 y 10.000 por año.

Rabia y otras zoonosis. No se notificó ningún caso de rabia durante el período 1993–1995. De los 31 casos de leptospirosis notificados en 1993, 6 murieron. En 1994 se produjeron 17 casos y 4 muertes y en 1995, 34 casos y 8 muertes. Barbados cuenta con el único laboratorio de la subregión que efectúa pruebas de confirmación de la leptospirosis: en él se llevan a cabo servicios de diagnóstico de esta enfermedad

para otros territorios del Caribe, a cuyo personal también se proporciona capacitación en el tema.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Aunque las enfermedades de transmisión sexual no son de notificación obligatoria por ley, las cifras básicas obtenidas en dispensarios estatales ponen de manifiesto una declinación de la sífilis y de la gonorrea entre 1992 y 1995.

El contacto sexual es el modo predominante de transmisión del VIH y representa aproximadamente 98,9% de los casos registrados en la población adulta. La transmisión perinatal representaba 4,2% en 1995. De los 95 casos diagnosticados en 1995, dos se produjeron en el grupo de niños menores de 5 años; en 1994 se habían producido cinco en este grupo de edad.

En 1993 se diagnosticó que 59 hombres y 29 mujeres tenían sida; las cifras correspondientes fueron 92 y 27 en 1994 y 76 y 19 en 1995.

De los 3.053 donantes de sangre sometidos en 1993 a pruebas de detección del VIH, 10 resultaron positivos. Las cifras para 1994 y 1995 fueron 9 entre 2.830 y 9 entre 2.824, respectivamente. De los 2.904 donantes de sangre examinados en 1996, 6 (0,2%) fueron positivos para sífilis (prueba VDRL), 13 (0,4%) para hepatitis B, ocho (0,3%) para hepatitis C y 22 (0,8%) para VTLH-1.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades cardiovasculares. En 1993 se produjeron en total 16.980 ingresos en los hospitales, de los cuales 593 (3,9%) fueron provocados por cardiopatías. La diabetes mellitus fue la causa de 422 ingresos en el Hospital Queen Elizabeth en 1993. Con respecto a ambas enfermedades y en un mismo año, el grupo de personas de 45 años y más representó un número de altas del Hospital Queen Elizabeth mayor que el correspondiente a cualquier otro grupo de edad.

Tumores malignos. En 1993 se produjeron 804 ingresos en hospitales por tumores malignos, que estaban así localizados: 47 en el estómago, 41 en el colon, 128 en la próstata, 46 en el cuello del útero, 103 en la mama femenina y 43 en la tráquea, los bronquios y los pulmones. Los tumores benignos del útero representaron 493 de los ingresos; las hiperplasias de la próstata, 81.

El sitio más común de localización del cáncer en las mujeres de 15 años y más fue la mama, seguida por el cuello del útero. Todos los años se practican alrededor de 10.000 frotis de Papanicolaou. Aunque en una encuesta CAP (de conocimientos, actitudes y prácticas) que se llevó a cabo en 1995 se demostró que en el curso de los cinco años precedentes se había

sometido a ese tipo de examen 90% de la población en riesgo, también se puso de relieve que las mujeres más vulnerables (de 55 a 70 años) no eran objeto de un reconocimiento apropiado. Ese mismo año, el sitio más frecuente de localización del cáncer en los hombres fue la próstata; este tipo de cáncer fue la causa de 82 muertes de hombres de 45 años y más.

Accidentes y violencia. Los accidentes y la violencia fueron las causas de 3.131 ingresos en los hospitales (16,8% del total) en 1993. Entre 1992 y 1995 las lesiones fortuitas, las caídas y los accidentes de vehículos de motor fueron las causas de la mayor parte de los ingresos en el Hospital Queen Elizabeth. Hubo menos ingresos por accidentes provocados por el fuego.

Ciertos grupos muy vulnerables, tales como las mujeres, los hombres jóvenes, los niños y las personas de edad avanzada, sufren la violencia de manera desproporcionada. De conformidad con el Decreto Ley sobre la Familia, dictado en 1982, se sigue brindando protección a las mujeres y a los niños. Los estudios relativos a los malos tratos a niños corroboran que la violencia sexual, especialmente el incesto, va en aumento y merece atención prioritaria.

Muchos hombres jóvenes sufren graves lesiones corporales como consecuencia de confrontaciones armadas (puñaladas, tiros y machetazos). El uso de armas de fuego y machetes es un grave problema y las últimas estadísticas indican que el Hospital Queen Elizabeth gasta US\$ 1.500 por día en el tratamiento de personas que sufren ese tipo de heridas. La confrontación armada se ha convertido en una epidemia de salud pública que fuerza el presupuesto destinado al sector salud y ha adquirido un alto grado de prioridad para la salud pública. En la actualidad el Ministerio desarrolla estrategias para hacer frente a la violencia.

Trastornos del comportamiento. En 1995 se produjeron 1.107 ingresos en el Hospital de Psiquiatría; en 1991 se registraron 1.181. El sistema de atención de salud mental proporciona servicios ambulatorios, programas de atención diurna y servicios profesionales especializados (asistencia social, psicología, psicoterapia, terapia ocupacional y talleres), así como servicios de consulta en el Hospital Queen Elizabeth y en el dispensario de la Prisión de Su Majestad.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Gobierno de Barbados considera que la atención de salud es un derecho fundamental de todos los naturales de Barbados. Tiene la obligación de garantizar que se den las condiciones básicas para llevar una vida saludable y de crear un entorno que facilite una vida sana. Con este fin, el

Gobierno tiene el propósito de proporcionar a todos sus ciudadanos una atención de salud tan completa como pueda costear el país y de garantizar que las consideraciones ambientales sean tenidas en cuenta en todos los aspectos del desarrollo nacional. Además, se compromete a asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso a agua potable limpia, un saneamiento adecuado y un medio ambiente sano que no ofrezca peligros para la salud.

El Ministerio de Salud, por conducto de su División de Ingeniería Ambiental, regula y controla los efectos que los proyectos de desarrollo producen en el medio ambiente en lo que se refiere a la calidad del agua, la eliminación de los desechos sólidos y líquidos, la calidad de la atmósfera, los trastornos causados por el ruido y el control y la eliminación de productos químicos peligrosos. La Dirección de Servicios de Salud y Saneamiento, del Ministerio de Salud, se encarga de recolectar y eliminar la basura doméstica.

La Inspectoría de Salud Pública —cuyo personal está formado por inspectores de salud— es el principal mecanismo de control de la calidad del medio ambiente doméstico. Corresponde a su esfera de competencia fiscalizar la inocuidad de los alimentos y la lucha contra las enfermedades transmisibles.

El Gobierno se ha abocado a la tarea de poner en marcha un plan de tratamiento de los desechos sólidos que abarcará la reducción al mínimo, la recuperación y el nuevo uso de esos desechos. La financiación insuficiente sigue limitando de manera significativa los programas de vigilancia de la calidad del medio ambiente; el mantenimiento de su nivel de calidad entrañará gastos ordinarios cada vez mayores y los nuevos programas demandarán la aportación de un importante capital adicional.

De conformidad con la Declaración de Alma-Ata, que pone el acento en la “salud para todos en el año 2000”, la atención primaria de salud ha seguido siendo parte integrante del sistema de prestación de asistencia sanitaria del país y del desarrollo global, tanto social como económico, de la comunidad. Se hace hincapié en un enfoque comunitario de la atención primaria de salud y en un mejor aprovechamiento de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Los servicios públicos de salud se ofrecen en forma gratuita en el lugar donde se prestan. También se ofrecen servicios de salud privados, que son utilizados principalmente por quienes están en condiciones de pagar por ellos.

De conformidad con las metas y objetivos de la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe, se asigna prioridad a los programas del Ministerio con los que se pretende mejorar las condiciones de vida de los grupos de población vulnerables o de alto riesgo, tales como las personas de edad avanzada, los discapacitados, las mujeres en edad de procrear, los niños, los adolescentes, los minusválidos y los enfermos mentales.

Los programas de nutrición que procuran mejorar el estado nutricional de la población de Barbados se siguen desa-

rollando en las policlínicas, a nivel comunitario y en las escuelas. Los programas de planificación de la familia y de educación para la vida en familia se han fortalecido y en la actualidad están en marcha en todas las policlínicas.

El Ministerio de Salud sigue considerando que la promoción de la salud y la educación para la salud son componentes fundamentales de su estrategia de atención primaria de salud y, por lo tanto, colabora con las organizaciones no gubernamentales en la promoción de modos de vida sanos. Los programas de promoción de la salud, tales como los que dirigen el Servicio Nacional para los Jóvenes y el Sistema de Coordinación de la Juventud de Barbados, se ocupan del consumo de drogas ilícitas entre los jóvenes. Algunas organizaciones no gubernamentales, como por ejemplo la Asociación de Planificación de la Familia de Barbados, la Sociedad contra el Cáncer, la Fundación del Corazón, la Asociación de Nefrología, la Asociación de Personas Discapacitadas y la Asociación de Diabéticos, participan activamente en la prestación de los servicios.

El Ministerio de Salud ha seguido ofreciendo capacitación a su personal, tanto en Barbados como en el extranjero, en la medida en que sus recursos financieros se lo permiten.

La política gubernamental en materia de medicamentos y otros productos para la salud consiste en proporcionarlos gratuitamente a los pacientes en los sitios donde son atendidos por un médico del sector público. De conformidad con lo dispuesto por el Servicio de Prestaciones Especiales, los medicamentos enumerados en la correspondiente Farmacopea de Barbados también se ofrecen gratuitamente a las personas de 65 años y más, a los menores de 16 años y a cuantos reciben tratamiento por padecer de hipertensión, diabetes, cáncer, asma o epilepsia. Desde 1995 el Gobierno ha adoptado la política de distribuir zidovudina (AZT) entre todas las embarazadas VIH positivas; se estableció un protocolo para madre e hijo.

Debido a que corresponde al Estado afrontar la mayor parte del gasto que se realiza en salud, se comprende que la restricción de los ingresos públicos produzca efectos importantes y directos en la actividad del sector.

Los datos indican que durante los últimos siete años el Gobierno de Barbados ha asignado un promedio de 18% de sus ingresos al Ministerio de Salud. Este nivel se ha mantenido incluso durante un período de dificultades económicas, como el comprendido entre 1988 y 1993, cuando el PIB del país cayó de 3,5% a 0,04%, después de alcanzar por poco tiempo un pico de 5,6% en 1992, y mientras el déficit fiscal subía rápidamente de 4% del PIB en 1988 a 7,2% en 1990, antes de volver a bajar a 2% en 1993.

La reforma del sector salud

El Gobierno encargó la realización de un estudio sobre la racionalización del sector salud en su conjunto como una ma-

nera de mejorar la calidad de la atención médica, aumentar la eficacia de las prestaciones, contener los gastos, ampliar equitativamente las posibilidades de acceder al sistema e intensificar la colaboración entre los sectores público y privado. Los resultados de este estudio, que ha financiado el BID y ya está por concluir, se utilizarán para mejorar los servicios existentes a fin de satisfacer mejor las necesidades de la comunidad. Aunque el estudio se propone examinar todos los aspectos del sector salud y recomendar estrategias para la asignación efectiva y eficaz de programas y servicios, ha de concentrar su atención en tres esferas principales.

En primer lugar, se hará una evaluación de la atención habitual de los casos crónicos, de la rehabilitación y de la promoción de la salud, con miras a racionalizar la asistencia que se brinda a las personas de edad avanzada, los discapacitados y los pacientes que sufren enfermedades y trastornos crónicos o reciben tratamiento psiquiátrico. La revisión de la labor que se lleva a cabo actualmente en relación con la promoción de la salud y la educación para la salud establecerá las bases de las opciones y cambios que han de influir en los modos de vida y la salud en el siglo XXI. En segundo término, se estudiarán la atención primaria, secundaria y terciaria para evaluar la manera en que estos servicios de salud podrían funcionar en el futuro, teniendo en cuenta la mayor demanda de tecnología de alto costo, una población que envejece, el aumento de los problemas de salud de carácter crónico y las limitaciones de los recursos financieros públicos. Por último, se analizará la eficacia del sector salud a fin de reunir la información sobre costos y servicios que sirva de base para desarrollar o modificar las políticas de atención de salud y garantizar su sostenibilidad financiera.

Asimismo, el Gobierno tiene la intención de introducir reformas en otros sectores que brindan servicios relacionados con la salud. Se espera que un "Documento Verde sobre la Vivienda" se convierta en la política nacional que garantice la provisión de casas adecuadas y la financiación suficiente para comprarlas, de manera que todos puedan ser propietarios de sus viviendas.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El Estado administra el Hospital Queen Elizabeth (un gran centro de atención secundaria y terciaria de salud), una red de cuatro hospitales distritales que brindan asistencia geriátrica, una importante institución dedicada exclusivamente a la geriatría, un hospital para enfermos mentales, una casa de convalecencia, dos pequeñas instituciones que se ocupan de la rehabilitación de personas con deficiencias físicas y mentales, una residencia para pacientes con sida, un centro de recu-

peración para niños y adolescentes discapacitados y un centro de nutrición.

Una red nacional de ocho policlínicas proporciona gran variedad de servicios de prevención y curación, así como otros, aunque limitados, de rehabilitación. Estas policlínicas y cuatro puestos satélites brindan servicios tradicionales de salud pública, tales como salud materno-infantil, fomento de la vida en familia, control de las enfermedades transmisibles, salud mental comunitaria, programas para enfermedades crónicas, salud bucodental, nutrición y medicina general. Estos servicios abarcan asimismo el saneamiento ambiental, que comprende la higiene de los alimentos, el control de mosquitos y roedores, la fiscalización del desarrollo de las construcciones, la vigilancia y el control de la contaminación atmosférica y química, la vigilancia y el control de la calidad del agua, la vigilancia y el control de la eliminación de las aguas servidas, la eliminación de desechos sólidos, el mantenimiento de los cementerios, la concesión de licencias para tener perros y el control de los perros callejeros.

Asimismo, el Estado administra el Servicio de Medicamentos de Barbados, un centro colaborador de la OMS que controla la importación de los fármacos esenciales y su distribución en el país para garantizar así que los naturales de Barbados reciban medicamentos y productos farmacéuticos de calidad a un precio accesible.

El sector privado está bien desarrollado y cuenta con unos 100 médicos internistas, que trabajan individualmente o como miembros de una organización; los especialistas (que son médicos con cargos de responsabilidad en hospitales o policlínicas estatales) también ejercen su profesión en forma particular. En el país funciona únicamente un pequeño hospital privado —el Hospital Bayview— que dispone de menos de 30 camas, lo que representa menos de 4% de la capacidad total de camas instaladas para casos agudos. Las prestaciones e instalaciones del sector privado de la salud comprenden asimismo 18 residencias en las que se brinda asistencia prolongada y servicios de farmacia, laboratorio, diagnóstico, odontología, psiquiatría y terapia corporal.

El personal de las distintas categorías está bien preparado y sigue actualizando sus conocimientos periódicamente. Todas las policlínicas cuentan con los equipos necesarios para brindar una atención de salud de calidad. Funciona un sistema de remisión de pacientes entre los dispensarios, los hospitales y otros servicios de apoyo.

El Ministerio de Salud mantiene la autonomía de los servicios del sector. Aunque la decisión sobre la manera de gastar los fondos incumbe a este Ministerio, corresponde al Ministerio de Hacienda la asignación de los cupos presupuestarios globales. Por otra parte, si bien el Gobierno ejerce cierto control independiente sobre los profesionales de la salud en lo que se refiere a la legislación sobre los servicios de salud, los médicos y las enfermeras siguen participando

en el diálogo sobre la política sanitaria por conducto de su propio sindicato.

A fin de mejorar la salud pública, los funcionarios de salud deben trabajar con otros organismos del sector público, el sector privado, las organizaciones cívicas, los grupos de la comunidad y la ciudadanía. El Ministerio de Salud, el sector privado y otros ministerios oficiales colaboran en diversas actividades, tales como un programa de educación en lucha antivectorial, el “Día Mundial de la Salud”, el “Día Mundial del Medio Ambiente” y el “Día Mundial del Sida”.

Prestación de servicios de salud. La prestación de servicios de salud se vincula con las siete áreas programáticas siguientes: atención primaria de salud; atención de casos agudos, secundaria, terciaria y de urgencia durante las 24 horas; atención de la salud mental; asistencia de las personas de edad avanzada, que incluye servicios de rehabilitación; servicio de medicamentos; servicios de asesoramiento y tratamiento de rehabilitación, y promoción de la salud. Los servicios de atención primaria de salud comprenden la salud materno-infantil; el fomento de la vida en familia, que abarca la planificación familiar y servicios de oftalmología y odontología para los niños en edad escolar; la atención de los discapacitados, las embarazadas y las personas de edad avanzada; la atención médica general en los dispensarios donde se tratan casos de hipertensión, diabetes y enfermedades de transmisión sexual; la nutrición; los servicios de farmacia, y la atención de la salud mental y el saneamiento ambiental.

El Oficial Médico Principal es el responsable de cuanto afecta a la salud pública o se relaciona con los servicios médicos en la isla y brinda su asesoramiento en estos temas al Ministro de Salud y Medio Ambiente; este Oficial Médico Principal desempeña asimismo una función integral en la planificación de la salud y en el desarrollo de la infraestructura del sector. Dos Oficiales Médicos Superiores colaboran con el Oficial Médico Principal; en cada esfera programática se aplica un método de trabajo en equipo.

Cada policlínica está administrada por un Oficial Médico, que trabaja como clínico y administrador, dirige un equipo de médicos clínicos y enfermeras de salud pública y mantiene un estrecho contacto con la Inspectoría de Salud Pública. El personal complementario está compuesto por farmacéuticos, nutricionistas comunitarios, asistentes de odontología y diversos auxiliares. De manera similar, en otras instituciones trabajan un administrador, un clínico, personal médico de apoyo y personal auxiliar.

En lo que se refiere a la atención primaria de salud, el problema principal es la escasez de recursos humanos, especialmente de médicos clínicos. Esto representa períodos de espera más prolongados y que algunas policlínicas no puedan ofrecer servicios después de las 16.30 horas y durante los fines de semana.

En cuanto a la atención secundaria, el Estado administra el Hospital Queen Elizabeth, una institución con 547 camas que ofrece atención de casos agudos, secundaria, terciaria y de urgencia durante las 24 horas. El Hospital reúne más de 90% de las camas existentes en el país para pacientes agudos; los servicios clínicos abarcan urgencias en casos de accidentes y atención ambulatoria e internación para cirugía, medicina general, pediatría, obstetricia y ginecología, patología, radiología, radioterapia, terapia de rehabilitación, oftalmología y otorrinolaringología. El servicio de diagnóstico del Hospital comprende una cámara para tomografía computarizada y ultrasonografía y un moderno equipo de radioterapia. En 1993 empezó a funcionar una sala de cateterización cardíaca, en la que a fines de 1996 se habían practicado 50 intervenciones quirúrgicas a corazón abierto y 242 cateterizaciones cardíacas.

La atención de salud mental se brinda en el Hospital de Psiquiatría administrado por el Estado, que cuenta con 627 camas, y en la unidad de ocho camas del Hospital Queen Elizabeth. El Hospital de Psiquiatría ofrece los siguientes servicios: atención psiquiátrica de casos agudos, que comprende la asistencia a niños y adolescentes, atención psicogerítrica prolongada, atención psiquiátrica forense, atención de subnormales y servicios de lucha contra la drogadicción. Los servicios comunitarios de salud mental comprenden el seguimiento de las personas dadas de alta del Hospital, que realizan las enfermeras distritales, y un programa de salud mental comunitaria que se ofrece en las policlínicas.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

La legislación vigente en materia de salud es muy amplia. La Ley de Servicios de Salud y su reglamentación, que se promulgaron a fines de los años sesenta y principios de los setenta, abarcan todas las esferas de competencia del Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Con el propósito de administrar más eficazmente los servicios de salud, el Ministerio se ha comprometido a perfeccionar la legislación vigente, la reglamentación de las actividades públicas conexas y los servicios que se brindan al público. Entre las normas por examinar y reformar se encuentran la Ley de Matriculación de los Odontólogos; la reglamentación de la medicina alternativa; las ordenanzas sobre higiene de los alimentos y la reglamentación de los restaurantes en su carácter de bocas de expendio de comestibles en la calle; las disposiciones sobre el examen a que son sometidas al azar las personas que manipulan alimentos para detectar enfermedades de transmisión alimentaria y las normas que estipulan el adiestramiento obligatorio de todos los que manipulan comestibles; la Ley de Salud Mental y todos los instrumentos legislativos conexas que se refieren a la salud mental, como por ejemplo la vivienda, y la Ley del Consejo General de Enfermería, que dispone que las enferme-

ras se sometan a exámenes regionales y se matriculen. Además, el plan de tratamiento de los desechos sólidos, la reglamentación del funcionamiento de los hospitales y los hogares de convalecencia privados, la reglamentación de las donaciones y los trasplantes de órganos, el desarrollo del plan nacional para derrames de petróleo imprevistos, la matriculación de los médicos especialistas y el establecimiento de criterios para determinar la competencia general que se requiere para practicar la medicina formarán parte del proceso de revisión y reforma.

Certificación y práctica de las profesiones que se relacionan con la salud. Varios cuerpos legislativos regulan la matriculación de los profesionales de la salud, el otorgamiento de licencias para el ejercicio de la profesión y la dirección que rige su práctica, mediante el establecimiento de los correspondientes consejos. Hay consejos de profesionales médicos, odontólogos, enfermeras generales, farmacéuticos y paramédicos. Quizás este último consejo, que abarca profesiones tales como las de los fisioterapeutas, ergoterapeutas, quiroprácticos y técnicos de laboratorio, se amplíe para dar cabida también a los nutricionistas, acupunturistas y osteópatas.

Seguridad alimentaria. Barbados cuenta con reglamentaciones precisas en materia de salud que se han concebido para controlar la seguridad alimentaria y que hacen cumplir los inspectores de salud pública que otorgan licencias habilitantes a los establecimientos que trabajan con alimentos. En la actualidad, estas reglamentaciones son objeto de revisión, pues se pretende que las personas que manipulan comestibles obtengan sus licencias anuales tan solo después de asistir a varias sesiones de adiestramiento. También se está revisando la legislación que se refiere al control del creciente número de vendedores ambulantes y a la concesión de las licencias que los habilitan para trabajar.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud y comunicación social. Se entiende que la promoción de la salud es una estrategia encaminada a proteger y mejorar la salud pública mediante el fomento de iniciativas e intervenciones individuales y colectivas. Barbados considera que para alcanzar la meta de "salud para todos en el año 2000" es fundamental promover la salud, fomentando modos de vida sanos, alentando a los residentes en la comunidad a que participen en la prestación de sus propios servicios de atención de salud, especialmente con respecto a la atención preventiva, y creando un entorno que haga posible vivir una vida sana.

El país no tiene un programa oficial de promoción de la salud. Aunque varios grupos que trabajan en la promoción y el apoyo de actividades afines hacen hincapié en diferentes componentes, los vínculos entre estos grupos son a menudo débiles, lo que supone una mala comunicación y la duplicación de esfuerzos. El Gobierno reconoce la necesidad de que se establezcan mejores vínculos y de que se refuerce el papel que desempeña el Ministerio de Salud y Medio Ambiente en la coordinación y la facilitación de las tareas.

En octubre de 1993 Barbados participó en un taller subregional sobre promoción de la salud que patrocinó la Organización Panamericana de la Salud con el propósito de formar un cuadro directivo compuesto por educadores sanitarios que contribuyan a incorporar los principios y estrategias de la promoción de la salud en los programas y proyectos del sector. Como complemento de este taller, en 1997 se programó una consulta nacional entre grupos multisectoriales privados y públicos a fin de establecer un marco común para la comprensión y el fomento de la promoción de la salud en Barbados.

El Ministerio de Salud considera que las relaciones públicas, la información y las comunicaciones son aspectos importantes tanto de la política como de la estrategia y asigna prioridad a la adopción de medidas que garanticen que el público esté informado de los principios, las políticas y los logros del Ministerio, así como de la posición que este sostiene sobre los distintos temas. El Servicio de Información del Estado colabora con el Ministerio en el mantenimiento de canales de comunicación eficaces con todo el público identificable en el conjunto de la nación.

Programas de prevención y control de enfermedades.

En las policlínicas se han establecido consultorios especiales para atender casos de diabetes mellitus, hipertensión y enfermedades de transmisión sexual.

En 1988 se instituyó un programa nacional para el sida con el propósito de poner en práctica proyectos que procuraban reducir la transmisión del VIH y proporcionar atención y apoyo a las personas infectadas por el VIH o afectadas por la enfermedad. En el programa se emplea un enfoque multisectorial. Hasta la fecha, el programa se ha utilizado para organizar talleres que sensibilicen al público y a los encargados de formular las políticas del sector privado; identificar a los miembros de la comunidad que trabajan en educación en cuestiones relativas al sida o que asisten a las personas que padecen esta enfermedad, con miras a incorporarlos en una red nacional; preparar a algunos médicos para que dicten conferencias y charlas sobre el VIH/sida; inaugurar un centro residencial con nueve camas para personas sin hogar que tengan sida, y capacitar a los maestros de escuelas primarias y a los profesores de colegios secundarios para que enseñen a sus alumnos qué es el VIH.

La División de Lucha Antivectorial del Ministerio de Salud conduce sistemáticamente tareas de vigilancia de mosquitos en todo el país, orientando su acción hacia las zonas de alto riesgo; todas las semanas se notifican los índices correspondientes a *Aedes aegypti*, lo que ayuda a determinar las áreas que han de ser tratadas. La División de Lucha Antivectorial incorpora en sus servicios las estrategias centrales y las de la Inspectoría de Salud Pública. Los focos identificados son tratados con larvicidas e insecticidas, si procede; además, en procura de que la cobertura sea más amplia, se ha iniciado la fumigación térmica de ciertas zonas y se espera beneficiar con este procedimiento a otras en las cuales se ha notificado una gran actividad de los mosquitos o la aparición del dengue.

La Unidad de Control de Roedores, que depende de la División de Lucha Antivectorial, distribuye entre los residentes, de manera gratuita y por conducto de las policlínicas, cebos para ratas. El Ministerio de Agricultura y la Sociedad Agrícola de Barbados también suministran raticidas a los comercios, las plantaciones y las haciendas. Periódicamente se colocan cebos en el puerto, el aeropuerto y otros sitios donde se prestan servicios públicos y que están incluidos en los programas de la Unidad de Control de Roedores.

El dengue es una enfermedad de notificación obligatoria que se denuncia pasivamente. Desde 1995 funciona un programa de vigilancia activa para facilitar la detección temprana de cualquier brote. Son parte de las actividades que desarrolla la Inspectoría de Salud Pública los programas de educación, la vigilancia de la enfermedad según un relevamiento geográfico de los casos (sospechosos y confirmados) y la supervisión de los índices del mosquito dentro de las diversas zonas de influencia. Además, en marzo de 1995 se puso en marcha una campaña nacional de limpieza para reducir el número de criaderos de *Aedes aegypti*. Durante la campaña, que abarcó sectores privados y públicos, fueron removidas más de 1.500 camionadas de desechos sólidos de distintos lugares del país.

El Programa Ampliado de Inmunización comprende las vacunas contra la poliomielitis, la difteria, la tos ferina, el tétanos, el sarampión, las parotiditis y la rubéola. El Programa ha alcanzado una cobertura de 93% de la población que se debe vacunar (por ejemplo, los niños que cumplen su primer año de vida). Para asegurar una cobertura de inmunización satisfactoria contra las enfermedades incluidas en el PAI, se llevó a cabo entre toda la población una campaña publicitaria sobre la necesidad de vacunarse, se exigió por ley que todos los que ingresaran a un colegio estuvieran vacunados y se estableció un sistema de seguimiento por computadora de todos los nacimientos registrados.

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. Aunque en Barbados no funciona ninguna dependencia epidemiológica, uno de los Oficiales Médicos

Superiores ha sido designado epidemiólogo nacional; colaboran con él cinco agentes que son inspectores de salud pública adiestrados para investigar la manifestación de enfermedades en la comunidad.

El país ha desarrollado y puesto en marcha un programa de vigilancia activa de las enfermedades diarreicas, la parálisis flácida aguda, el exantema febril agudo y, más recientemente, el síndrome de rubéola congénita. En la más grande de las policlínicas funciona un laboratorio de salud pública que realiza pruebas bacteriológicas y parasitológicas y análisis de orina.

La mayor parte de las veces se puede conseguir entre 80% y 90% de los medicamentos esenciales en el mismo sitio donde funcionan los distintos servicios; el resto se puede obtener en el Servicio de Medicamentos de Barbados.

Servicios de agua potable y alcantarillado. La Dirección de Abastecimiento de Agua de Barbados (DAAB) es la empresa pública encargada de proporcionar agua potable a los ciudadanos del país. Esta Dirección, junto con la Inspectoría de Salud Pública, conduce los programas de control (vigilancia) de la calidad del agua en cuanto se refiere al suministro de agua subterránea. En 1995, la Dirección dispuso que se realizara un estudio sobre las pérdidas de agua, como consecuencia del cual se determinaron las filtraciones que se producían en toda la isla y se recomendó la manera de reducir al mínimo dichas pérdidas. Se estima que alrededor de 90% de los recursos de aguas subterráneas ya están comprometidos y se utilizan para extracciones tanto públicas como privadas.

El Gobierno reconoce la importancia de preservar el ecosistema del país y procura mejorar los métodos de eliminación de las aguas servidas en las zonas densamente pobladas de las costas meridional y occidental y de Gran Bridgetown, donde funcionan los principales servicios turísticos. Ya concluido el Proyecto de Alcantarillado de Bridgetown, en agosto de 1995 se adjudicó el contrato de construcción de la planta de tratamiento de las aguas servidas para el proyecto de alcantarillado de la costa meridional de la isla; se espera que se gasten varios millones de dólares de Barbados en dicha construcción. El proyecto de alcantarillado de la costa occidental está en la etapa final de su diseño.

Calidad del medio ambiente. La División de Ingeniería Ambiental del Ministerio de Salud y Medio Ambiente tiene a su cargo la protección del medio ambiente. Algunas de sus funciones más importantes son velar por que los edificios se ajusten a las normas de la salud pública; vigilar y controlar la calidad del agua dulce y del agua de mar; vigilar y controlar la contaminación sonora; reconocer, evaluar y controlar los contaminantes de la atmósfera; administrar los sitios de recolección de vehículos abandonados, sangre, grasa, amianto y

excretas; vigilar y controlar los edificios y vehículos abandonados; fiscalizar, autorizar y reglamentar el funcionamiento de las piscinas públicas; evaluar y poner en práctica medidas que resguarden la salud de los trabajadores; vigilar y controlar la eliminación de desechos, incluidos los peligrosos; conducir programas de educación pública en cuestiones ambientales; asesorar al Ministerio de Salud y colaborar con él en materia de ingeniería ambiental, y cuidar que se cumplan las disposiciones pertinentes del Reglamento de los Servicios de Salud.

Protección y control de los alimentos. El Ministerio ofrece cursos de manipulación de alimentos a sus propias instituciones y a la industria hotelera. Desde 1995, la capacitación en manipulación de alimentos se ha estructurado en forma de programas o de servicios ambulatorios organizados para ciertas instituciones de salud y diversos hoteles.

Programa de asistencia alimentaria. El programa de comedores escolares para los alumnos de colegios primarios recibe un fuerte subsidio para que las comidas diarias que proporciona tengan un costo accesible para casi todos los niños. El Consejo de Asistencia Social, la Sociedad de la Cruz Roja de Barbados, organizaciones religiosas y otras organizaciones no gubernamentales prestan ayuda alimentaria a los necesitados. En el sector público, el Consejo Nacional de Asistencia asigna auxiliares domésticos a las personas de edad avanzada que viven solas para que les preparen la comida y las atiendan. El Comité Nacional de Asesoramiento sobre el Sida colabora en el desarrollo de un programa destinado a establecer un banco de sangre solicitando donaciones para personas que padecen sida.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia. Se efectúan visitas ambulatorias a diversos servicios y programas del sector público, entre los que se incluye la atención primaria y por especialistas, los servicios de consulta externa ofrecidos semanalmente en el Hospital Queen Elizabeth, las policlínicas y dispensarios ambulatorios conexos y las actividades de divulgación en los distritos, los dispensarios de consulta externa y las actividades distritales en el Hospital de Psiquiatría, dos dispensarios de medicina general asociados con la Universidad de las Indias Occidentales y los consultorios que funcionan en las Fuerzas de Defensa de Barbados y en las Prisiones de Glendairy.

Más de la mitad de las visitas médicas a centros públicos de atención ambulatoria y la inmensa mayoría (95%) de las visitas a consultorios odontológicos de niños, mujeres emba-

razadas y personas de edad avanzada se realizan en policlínicas y dispensarios ambulatorios satélites. Estas comprobaciones son coherentes con la política del Gobierno de hacer hincapié de manera permanente en el acceso generalizado a la atención primaria de salud por conducto de dispensarios estratégicamente ubicados. Durante 1995 hubo 596.571 visitas ambulatorias, de las cuales 60% se realizaron en policlínicas. Ese mismo año, las visitas a consultorios odontológicos ascendieron a 620.808 pacientes ambulatorios, de los cuales 95% se atendieron también en policlínicas.

Aunque no se dispone de datos sobre la tendencia a utilizar los servicios ambulatorios del sector privado, lo cierto es que este sector proporciona todos los años la mayor parte de los mencionados servicios. Si bien el sector privado supera a los dispensarios públicos como prestador de servicios médicos o quirúrgicos tan solo por un discreto margen (55% frente a 45% en 1995), los deja muy atrás como prestador de servicios odontológicos, pues en las policlínicas se brinda atención dental gratuita únicamente en escala limitada: a los menores de 18 años, las mujeres embarazadas y las personas de edad avanzada, en determinadas circunstancias. En síntesis, la población adulta es responsable financieramente de su propia atención odontológica.

Las consultas que se realizan a facultativos que ejercen privadamente su profesión constituyen la gran mayoría (97%) de las visitas a los servicios médicos del sector privado, que llegan a 740.647. Sin embargo, algunas organizaciones no gubernamentales también proporcionan servicios: por ejemplo, la Asociación de Planificación de la Familia ofrece servicios clínicos; la Fundación del Corazón presta servicios de rehabilitación cardíaca y la Sociedad contra el Cáncer y la Asociación de Diabéticos brindan servicios de detección y tratamiento de neoplasias y diabetes.

Los dos componentes más importantes de los servicios ambulatorios del Hospital Queen Elizabeth son los consultorios de los especialistas y el Departamento de Accidentes y Urgencias. Aunque la utilización de este Departamento se ha mantenido relativamente estable a partir de 1988 (el número de visitas osciló entre 50.000 y 57.000 por año), las consultas a los especialistas han aumentado 63% desde el año antedicho. Tal vez este aumento pueda explicarse por el crecimiento de la población comprendida en la zona de atención del Hospital Queen Elizabeth. Sin embargo, también es verdad que ha disminuido la utilización de la Policlínica Sir Winston Scott, que está situada en la misma zona geográfica. Se confía en que el mencionado estudio sobre la racionalización del sector salud explique estas discrepancias.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre. En 1995 se completaron en Barbados más de 1.250.000 pruebas de laboratorio, que representaron aproximadamente

cinco pruebas anuales por persona; los dos laboratorios públicos que funcionan en la Policlínica Sir Winston Scott y el Hospital Queen Elizabeth llevaron a cabo 81% de esas pruebas. En conjunto, los cuatro laboratorios privados que hay en la isla llevan a cabo la quinta parte de las pruebas de laboratorio que se efectúan a nivel nacional. El banco de sangre somete sistemáticamente a exámenes a todos los donantes para detectar el VIH, la hepatitis B, la hepatitis C, el retrovirus VTLH-1 y la sífilis.

Como medio de renovar la estrategia en materia de salud en lo que se refiere al diagnóstico, se procura reforzar la capacidad de los laboratorios para llevar a cabo las pruebas de detección del dengue, producir más material para la promoción de la salud y la educación sanitaria, conseguir la colaboración de las organizaciones no gubernamentales, las iglesias y otros grupos comunitarios, y mejorar aún más la infraestructura de la prestación de servicios de apoyo a las personas necesitadas.

Servicios especializados. Tanto el sector público como el privado ofrecen servicios especializados en obstetricia y ginecología, otorrinolaringología, oftalmología, cardiología invasiva, diálisis renal, gerontología, radioterapia, radiología, rehabilitación mental y física y cirugía oral y maxilofacial. Entre otros servicios especializados se cuentan una residencia para enfermos de sida, un albergue (Soroptomist Village) para personas de edad avanzada y una fundación que administra fondos privados para luchar contra el abuso de sustancias.

Insumos para la salud

Medicamentos. En general, el servicio de suministro de medicamentos ha logrado mantener una provisión permanente de los fármacos incluidos en el formulario de medicamentos y de productos afines en todo el país. El Servicio de Medicamentos de Barbados recurre para sus compras al fabricante local y, en mayor medida, a mercados de los Estados Unidos de América, el Canadá, América del Sur y Europa.

Reactivos y productos inmunobiológicos. Las vacunas se adquieren por conducto del Fondo Rotatorio de la OPS. Se pueden conseguir fácilmente los reactivos que se utilizan en el laboratorio y en los procedimientos de diagnóstico; en su mayor parte son importados.

Recursos humanos

Según los registros estadísticos del Ministerio de Salud, en 1994 trabajaba en Barbados el siguiente personal de salud, desglosado por categorías: 355 médicos, 48 dentistas, 898

profesionales de enfermería, 2 ingenieros sanitarios, 9 veterinarios y 970 técnicos y auxiliares.

Se promueve la educación permanente como parte integrante de la formación del personal y como medio de mantener un conocimiento actualizado de las distintas disciplinas. En 1988 el Ministerio de Salud elaboró un plan quinquenal de capacitación con el propósito de satisfacer los requisitos que se exigen. Se hizo hincapié en el adiestramiento en el servicio y en la formación local, especialmente en esferas prioritarias tales como la enfermería geriátrica, la radiografía, la ortopedia, la evaluación de los efectos ambientales, la planificación en salud y la administración hospitalaria.

El Hospital Queen Elizabeth es un hospital docente que utiliza la Facultad de Medicina e Investigación Clínicas de la Universidad de las Indias Occidentales para la capacitación preclínica o las pasantías de los médicos graduados. Las pasantías constituyen un sistema cuidadosamente supervisado y controlado de educación médica permanente.

La Escuela Superior de Enfermería de Barbados ofrece cursos de aprendizaje a las enfermeras. Una amplia gama de profesionales relacionados con la salud, tales como inspectores de salud pública, encargados de las historias clínicas, técnicos de laboratorios médicos, farmacéuticos y auxiliares de terapia ocupacional, se capacitan en esta Escuela.

En general, el número de médicos y de enfermeras ha alcanzado el equilibrio, pues basta para satisfacer las necesidades del país; lo antedicho vale particularmente en el caso de los médicos. El Gobierno se ve forzado a no seguir patrocinando la enseñanza de la medicina por el rápido aumento de los interesados en estudiar la carrera y la precaria situación financiera del Hospital Queen Elizabeth. No obstante, dada la creciente necesidad de brindar servicios de asistencia social y

rehabilitación, se sigue requiriendo el concurso de algunos profesionales paramédicos, tales como los nutricionistas, los fisioterapeutas, los podólogos y los técnicos en rayos X.

Investigación y tecnología en salud

Dentro y fuera de la esfera de competencia del Ministerio, particularmente en el ámbito de la Universidad de las Indias Occidentales, se llevan a cabo investigaciones y se aprovecha la tecnología existente para luchar contra algunas enfermedades crónicas no transmisibles, como por ejemplo la obesidad, la hipertensión y la diabetes y sus complicaciones. Otros proyectos de investigación emprendidos por el Ministerio durante el período que se examina se relacionan con importantes causas de morbilidad y mortalidad, como el sida y el cáncer; con respecto a esta última enfermedad, como parte de un proyecto de control del cáncer del cuello del útero, se llevan a cabo un estudio sobre factores de riesgo y una encuesta CAP. La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de las Indias Occidentales ya ha efectuado investigaciones extensivas sobre hipertensión y diabetes. La colaboración entre el Ministerio y la Universidad ha llevado al establecimiento de un dispensario modelo para diabéticos y a la elaboración de normas para el tratamiento clínico de la diabetes. Aunque la financiación de los estudios sigue siendo la principal limitación para ampliar las investigaciones en salud y mejorar la tecnología que se utiliza, ciertas iniciativas gubernamentales, entre las que se destaca el Centro de Investigación de Enfermedades Crónicas, deben atenuar los efectos de las restricciones financieras. Se confía en que haya empresas del sector privado que efectúen donaciones a este Centro.

BELICE

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Belice limita con México al norte, con Guatemala al oeste y al sur y con el Mar Caribe al este. Tiene una superficie de 22.700 km². Las costas septentrionales y meridionales son llanas y tienen numerosos manglares. La cadena de montañas Maya se encuentra en el Belice centromeridional y ocupa gran parte del país. Aproximadamente 65% del territorio nacional está clasificado como bosque; 36% de su superficie está preservada como áreas de reserva y zonas protegidas. El clima es subtropical, con temperaturas que oscilan entre 10 °C y 35 °C y precipitaciones medias anuales de 150 mm a 2.650 mm. Belice es el único país de habla inglesa de América Central; aunque se utiliza también mucho el español, por su cultura, política y economía, se asemeja más a los países del Caribe.

Belice es un Estado soberano, gobernado por una democracia parlamentaria inspirada en el sistema británico. La titular de la Jefatura de Estado es la Reina Isabel II, quien está representada por un Gobernador General. El Primer Ministro y el Gabinete constituyen el poder ejecutivo; el poder legislativo es bicameral y está integrado por la Cámara de Representantes, formada por 29 miembros electos, y el Senado, que consta de 8 miembros designados por nombramiento. Los miembros del Gabinete son nombrados por el Gobernador General siguiendo las recomendaciones del Primer Ministro.

El país está dividido en seis distritos administrativos: Corozal, Orange Walk, Belice, Cayo, Stann Creek y Toledo. Cada distrito está administrado por una junta de elección local, y las aldeas están gobernadas por el alcalde y el ayuntamiento. Aunque la capital se trasladó en 1981 a Belmopán, la ciudad de Belice continúa siendo el centro comercial, con casi una cuarta parte de la población.

Población

El censo de 1991 cifra la población de Belice en 189.392 habitantes, mientras que la estimación para 1996 era de 222.000. Más de 42% de los residentes tienen menos de 15 años de edad y 61% no ha cumplido todavía 25 años, con proporciones similares de hombres y mujeres. En 1991, la población rural superó a la urbana debido a la afluencia de inmigrantes. Según informes de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, la población migrante era de aproximadamente 30.000 personas (14% del total); según la Encuesta Nacional de 1995, realizada por la Oficina Central de Estadística, los inmigrantes representaban 12% de la población.

Según el censo, el grupo étnico mestizo (personas de ascendencia mixta de colonos españoles y poblaciones indígenas) representaba 44% de la población y los criollos (ascendencia mixta africana y europea) constituían 30% de la misma. Otros grupos étnicos son los mayas (12%), garifuna (7%), indígenas orientales (4%) y otros grupos más pequeños. Entre 1984 y 1996 el Gobierno promovió la inmigración, sobre todo la procedente de Asia y, en 1996, los beliceños de origen asiático representaban 2,5% de la población.

La tasa de crecimiento de la población en 1996 fue de 2,5%, frente a 2,6% en 1991. La tasa total de fecundidad se estimó en 4,6 niños por mujer y exhibía una continua tendencia descendente comparada con los 7 hijos por mujer registrados en los años sesenta. En 1991 la esperanza de vida al nacer era de 69,9 años en el caso de los hombres y de 74,1 en el de las mujeres. Según una estimación de 1996, la tasa bruta de mortalidad era de 4,3 defunciones por 1.000 habitantes.

Situación económica

El país tiene una economía basada fundamentalmente en la agricultura y los servicios. La estabilidad de la moneda es

uno de los atractivos para la inversión extranjera. En 1996 el ingreso per cápita fue de US\$ 2.308 mientras que en 1989 había sido de \$1.664, lo que representó un crecimiento de 39%. El producto interno bruto (PIB) creció 67% entre 1989 (\$306 millones) y 1996 (\$512 millones), mientras que la población creció 21% en ese mismo período. El PIB registró una tasa de crecimiento real de 3,8% en 1995 y de 1,5% en 1996. Aunque la inflación es baja, en 1996 se intensificó: el índice de precios al consumidor fue de 2,8% en 1995 y de 6,4% en 1996, mientras que el promedio de los cinco años anteriores fue de 3,2%.

La economía está dominada por las exportaciones de productos agropecuarios, en particular la caña de azúcar, el concentrado de cítricos, las bananas y los productos del mar, que representaron 77% de las exportaciones en 1996. Belice vive también de la silvicultura, la pesca y la minería, que, junto con la agricultura, representan 22% del PIB.

Las tendencias recientes han incrementado el déficit comercial, lo que ha sometido a presión a las reservas netas de divisas. La falta de ahorro público, la expansión de la inversión fija, el descenso de la ayuda exterior y los niveles crecientes de la deuda externa han incrementado el déficit público. Aunque el Gobierno redujo el gasto, no ha conseguido generar los recursos necesarios para ampliar la base de infraestructura. La contracción del gasto público ha dado lugar a recortes en los servicios de salud destinados a las comunidades rurales y reducido los servicios en los puestos de salud y los dispensarios móviles. El Gobierno está reorganizando su estructura tributaria, lo cual influirá en la situación de los pobres. Se ha creado el Fondo de Inversión Social, dotado de US\$ 10 millones, con la finalidad de promover intervenciones sociales y productivas en los grupos de población más desfavorecidos, y deberá ayudar a mitigar la pobreza.

Situación social

En el Informe de Evaluación de la Pobreza (1995) realizado por el Banco de Desarrollo del Caribe, el Ministerio de Desarrollo Económico y la Oficina Central de Estadística, se concluyó que 33% de los beliceños eran pobres (no podían cubrir los gastos en concepto de alimentos y artículos no alimentarios de primera necesidad), mientras que 13% eran muy pobres (no podían cubrir los gastos correspondientes a productos alimentarios de primera necesidad). De los jefes de hogar, 24% de los hombres y 31% de las mujeres eran considerados pobres. En el distrito de Toledo, donde la mayoría de la población es maya, 58% de la población es pobre; en Cayo, 41%; y en los distritos de Orange Walk, Corozal, Belice y Stann Creek, 25%.

El censo de 1991 reveló que la mayor parte de los hogares estaban integrados por cinco o más personas. La Encuesta

sobre la Fuerza de Trabajo de 1996 reflejó un descenso a 4,5 personas por hogar. Más de 20% de los hogares del país tenía menos de dos personas. El tamaño medio de los hogares en las zonas rurales era mayor que en las urbanas. En el conjunto del territorio nacional, 22% de los hogares estaban encabezados por una mujer, con excepción del distrito de Belice, donde la cifra subía a 33%. El censo indicó también que 63% de las casas tenían dos dormitorios o menos. Aproximadamente 66% de todas las familias eran propietarias de sus casas o las estaban comprando, mientras que más de 20% eran inquilinas. Los propietarios de sus viviendas eran más numerosos en las zonas rurales que en las urbanas.

Según la encuesta, del total de la población estimada de 1996, 65.025 personas estaban empleadas y 10.425 carecían de empleo, lo que significa una tasa de desempleo de 13,8%, 1,3% más que en 1995. La tasa de desempleo más elevada era la del distrito de Belice (18,4%), seguido por Stann Creek (15,4%), Cayo (15,2%), Toledo (14,3%), Orange Walk (6,6%) y Corozal (5,8%). La mano de obra no especializada representaba 63% de los trabajadores en 1996. De los trabajadores empleados, 22% no habían terminado los estudios primarios, 47% tenían educación primaria y 15% habían terminado los estudios secundarios. Los menonitas tenían la tasa de empleo más elevada (99,3%) y los garifunas la más baja (75,7%). Los criollos y mestizos representaban 75% de la mano de obra sin empleo. Aproximadamente 71% de los empleados eran hombres. En el grupo de edad de 14 a 19 años, 32,2% de los hombres y 45,5% de las mujeres estaban desempleados.

Según las estimaciones, para 100% de la población urbana y 69% de la población rural el abastecimiento de agua segura era suficiente. El distrito de Belice presentaba los niveles de cobertura más elevados (91%) y el de Toledo los más bajos (71%). Los otros distritos tienen niveles de cobertura situados entre 82% y 85%. A escala nacional, 39% de la población tiene servicios de saneamiento suficientes, con cifras de 59% en las zonas urbanas y 22% en las rurales. La gestión de desechos sólidos es un problema generalizado en todo el país, agravado por los problemas de drenaje del distrito de Belice.

La asistencia a la escuela primaria es gratuita y obligatoria hasta los 14 años de edad, pero aproximadamente 36% de los niños no terminan ese nivel. Se han utilizado datos del censo para evaluar la tasa de alfabetización básica, considerándose que estaban alfabetizados quienes habían cursado por lo menos cinco años del sistema oficial de educación. De acuerdo con esta definición, la tasa de alfabetización básica era de 70%. En 1996, la Oficina Central de Estadísticas incorporó a la Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo un módulo específico sobre la alfabetización con el fin de evaluar el nivel de alfabetización funcional (determinada en función de niveles concretos de capacidad de lectura y comprensión) así como la alfabetización básica en todo el país. La encuesta reveló que la tasa de alfabetización básica era de 75,1%, aunque solo 42,4% de la

población de 10 a 65 años de edad tenía un nivel de alfabetización funcional. Según el censo, 48,6% de los maestros de enseñanza primaria estaban adecuadamente preparados: esta cifra era de 81% en el distrito de Belice y de solo 27% en Toledo.

Aunque son pocas las estadísticas desglosadas por sexo, algunas permiten trazar un perfil de la situación de la mujer en la sociedad. Las mujeres aparecen clasificadas como más pobres que los hombres. Solo uno de los 29 escaños de la Cámara de Representantes está ocupado por una mujer. Solo 2,4% de las mujeres realizan estudios preuniversitarios. Los puestos superiores de gestión ejercidos por mujeres representan solo 1,9% del total; 22% de las mujeres tienen empleos no especializados y 18% están desempleadas. Más de la mitad de las mujeres embarazadas (51,7%) padece anemia por carencia de hierro. Desde la aprobación de la Ley sobre la Violencia Doméstica en 1993, el número de órdenes de protección dictadas ha crecido más de 300%.

Mortalidad

La esperanza de vida al nacer pasó de 68,4 años en 1980 a 71,8 años en 1991. En 1980, las mujeres tenían 2,2 años más de esperanza de vida que los hombres (69,8 frente a 67,6), y esta diferencia se amplió a 4,8 años en 1991 (74,7 años frente a 69,9). La tasa de mortalidad infantil registró una tendencia descendente, pasando de 31,5 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1993 a 26,0 en 1996. La mortalidad materna fluctuó entre 16,1 en 1993 (10 defunciones) a 8,2 (5 defunciones) en 1995, y ascendió a 13,9 (9 defunciones) en 1996. Las causas principales de mortalidad materna fueron la hemorragia, la embolia pulmonar, la eclampsia y el aborto.

La tasa de mortalidad bruta se mantuvo en torno a 4 defunciones por 1.000 habitantes desde 1993 hasta 1996 (4,0, 3,6, 4,3 y 4,0, respectivamente). La tasa media de mortalidad entre los hombres (4,6) fue 40% más alta que la de las mujeres (3,4). El distrito de Belice notificó la tasa más elevada (6,0), mientras que la más baja correspondió a Cayo (2,5).

Durante el período 1992–1996, la mortalidad estuvo dominada por las causas relacionadas con las enfermedades no transmisibles y con las crónicas. Las enfermedades del corazón fueron la principal causa para hombres y mujeres. Un promedio de 20% de las defunciones se debió a enfermedades del corazón, con una tendencia decreciente entre 1993 y 1996 de 22% a 16%. Las enfermedades respiratorias fueron la segunda causa más frecuente (de 10% a 14% de las defunciones), excepto en 1994 cuando ocuparon el cuarto lugar (7%). Las enfermedades cerebrovasculares y los tumores malignos representaron entre 7% y 9% de las defunciones; los tumores fueron más frecuentes como causa de muerte entre las mujeres (8% a 11%). La evaluación de los tumores se ve limitada

por la falta de servicios oncológicos en Belice. Las causas externas (excluidos los accidentes de tráfico, los homicidios y los suicidios) provocaron entre 4% y 5% de las defunciones y ocuparon el quinto lugar. Entre los hombres, los accidentes de tráfico fueron una causa cada vez más importante de defunciones, mientras que no figuraron como causas principales entre las mujeres. Los suicidios pasaron de 1 caso en 1994 a 11 en 1995, sumando 20 casos en todo el período. Diecinueve de los suicidas fueron hombres.

Las causas principales de morbilidad, determinadas en función del número de hospitalizaciones, fueron las enfermedades respiratorias, sobre todo entre los hombres. La segunda causa de morbilidad entre los varones fueron las enfermedades intestinales. Entre las mujeres, las complicaciones del embarazo ocuparon el primer lugar, seguidas por las enfermedades respiratorias y el aborto. La alta prevalencia de la anemia en las mujeres embarazadas (51,7% en los dispensarios de atención prenatal) empeora el desenlace de las complicaciones del embarazo. Los distritos de Orange Walk, Stann Creek y Toledo notificaron a las enfermedades respiratorias como las causas principales de morbilidad hospitalaria durante el período considerado. En cambio, el distrito de Cayo registró como causa principal las complicaciones del embarazo, seguidas de las enfermedades respiratorias. En el distrito de Orange Walk, la segunda causa entre los hombres fueron “otros traumatismos”, mientras que las complicaciones del embarazo ocuparon el segundo lugar entre las mujeres. En el distrito de Belice, el aborto fue la segunda causa de morbilidad hospitalaria entre las mujeres, mientras que “otros traumatismos” fue la segunda causa entre los hombres desde 1993 a 1996. La malaria figuró entre las cinco causas principales de morbilidad hospitalaria en el distrito de Stann Creek.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La salud de los niños menores de 1 año. En los menores de 1 año de edad, la tasa de mortalidad disminuyó 20%, pasando de 31,5 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1993 a 26 en 1996. Los distritos de Corozal y Cayo tuvieron las tasas más bajas (13,8 y 17,9), mientras que los de Orange Walk, Stann Creek y Toledo tuvieron las más altas (32,6, 33,2 y 30,1, respectivamente). La tendencia descendente observada en el conjunto del territorio nacional se apreció en los distritos de Corozal, Cayo y Stann Creek. En Toledo dicha tasa aumentó de 29,4 en 1993 a 52,1 en 1994, y bajó a 30,1 en 1996 (no se conoce una explicación para este cambio). En el distrito de Belice la tasa aumentó en 1995 y 1996. Durante ese período

hubo más defunciones infantiles de varones (62,1%) que de mujeres.

La causa principal de mortalidad infantil durante el período 1993–1996 fueron las afecciones originadas durante el período perinatal (36% de las defunciones), con un aumento de 29% en 1993 a 39% en 1996. La asfixia fue la causa principal de las defunciones infantiles por afecciones originadas en el período perinatal (32%), seguida del bajo peso al nacer (28%). Casi 62% de las defunciones por afecciones originadas en el período perinatal, y entre estas 68% de los casos de asfixia, correspondieron a varones. La segunda causa de mortalidad infantil fueron las enfermedades infecciosas (24% de las defunciones) y las enfermedades respiratorias causaron 12% de las defunciones. La frecuencia bajó de 25% en 1993 a 19% en 1995, pero volvió a ascender a 31% en 1996. Las anomalías congénitas provocaron 10% de las defunciones en el período 1993–1996, bajando de 16% en 1994 a 9% en 1996.

Las enfermedades infecciosas fueron la causa predominante en el perfil de morbilidad de los niños menores de 1 año, representando 50% de las hospitalizaciones en el período 1993–1996 y 57% de los casos en varones. Las internaciones debidas a enfermedades infecciosas bajaron de 64% en 1993 a 40% en 1996. Las enfermedades respiratorias e intestinales causaron 63% y 32% de las internaciones, respectivamente. A escala nacional, las hospitalizaciones por 1.000 nacidos vivos subieron de 104 en 1993 a 216 en 1994, y se mantuvieron estables en lo sucesivo. Las hospitalizaciones fueron más frecuentes en Toledo (289), seguido por el distrito de Belice (261) y por Corozal con el número más bajo (74).

Una baja proporción de niños menores de 1 año, aproximadamente 46%, recibieron exclusivamente lactancia materna hasta los cuatro meses de edad; en este sentido no se apreció ningún cambio de tendencia. Esto refleja el hecho de que los hospitales no están cumpliendo las prescripciones en materia de certificación de “hospitales amigos de los niños”.

Si bien la mortalidad infantil disminuyó durante el período 1992–1996, la morbilidad sigue estando asociada a problemas de calidad de la atención, sobre todo en lo que se refiere a los servicios básicos de salud y a la prevención de las infecciones.

La salud de los niños de 1 a 4 años. Entre los niños del grupo de 1 a 4 años de edad, las tasas de mortalidad subieron de 9,0 defunciones por 10.000 personas en 1993 a 12,1 en 1996. Las causas externas, incluidos los accidentes de tráfico, causaron la proporción más elevada de defunciones (24%). Esta cifra subió de 21% en 1993 a 33% en 1996. La segunda causa fueron las enfermedades infecciosas, que causaron 22% de las defunciones; las enfermedades respiratorias causaron 65% de esas defunciones. No se observaron diferencias entre niños y niñas.

A juzgar por el número de hospitalizaciones, la causa principal de morbilidad fueron las enfermedades respiratorias

(35%), seguidas por las enfermedades intestinales (18%) y las causas externas (12%). No se observaron diferencias entre niños y niñas en la hospitalización debida a estas causas.

La desnutrición, medida en función del déficit de peso para la edad (puntaje Z menor de 2,0), se observó en 6% de los niños que acudieron a los dispensarios de salud en 1992 en todo el territorio nacional, cifra que es superior al doble de la prevista. En Toledo, una encuesta reveló que 16% de los niños estaban desnutridos en 1992, y 18% en 1994. Dicho estudio indicó que, si bien la frecuencia y la duración de la lactancia materna eran satisfactorias, la desnutrición era consecuencia de prácticas de destete inadecuadas relacionadas con la calidad y cantidad de los alimentos. Otra causa asociada era la mala calidad del agua potable, del saneamiento en los hogares y de las prácticas de higiene.

La salud de los niños de 5 a 9 años. Los niños de 5 a 9 años fueron quienes presentaron la tasa de mortalidad más baja de todos los grupos de edad, con 3,3 defunciones por 10.000 personas de este grupo de edad durante el período 1993–1995, cifra que subió a 5,5 en 1996. Las tasas de mortalidad fueron más elevadas para el sexo masculino (4,4) que para el femenino (3,0). Las causas externas explicaron 43% de las defunciones. Fueron más los niños (62%) que las niñas fallecidos por esas causas.

Las enfermedades respiratorias fueron la principal causa de morbilidad en este período, tanto para los niños como para las niñas, y representaron 21% de todas las hospitalizaciones. La segunda causa fueron las causas externas (12%). Las hospitalizaciones debidas a fracturas fueron más frecuentes en los niños (67%) que en las niñas.

Según datos del censo nacional, la prevalencia del retraso del crecimiento (bajo peso para la edad) entre los escolares de 5 a 9 años fue de 15% en 1996 (18% niños y 13% niñas). Esa prevalencia fue mucho mayor en las zonas rurales (23%) que en las urbanas (7%), y en los niños mayas (45%) que en los niños mestizos y de otros grupos étnicos (18%). Si se exceptúa el distrito de Belice (4% de prevalencia), los distritos con mayores niveles de pobreza fueron también los que tuvieron niveles más altos de retraso del crecimiento (el distrito de Toledo tuvo una prevalencia de 39%). El grupo étnico más afectado fue el maya (45%); el menos afectado fue el de los criollos (4%). Los niños mayas tuvieron cuatro veces más retraso del crecimiento en el distrito de Toledo (52%) que en el de Belice (12%).

La salud del adolescente

La tasa media de mortalidad entre los adolescentes (de 10 a 19 años de edad) durante el período considerado fue de 6,2 defunciones por 10.000 personas de este grupo de edad. La

mortalidad masculina fue más de dos veces mayor (8,7) que la femenina (3,6); 72% de todas las defunciones fueron de varones. Las causas externas fueron la principal causa de muerte (37%); 80% de estas defunciones fueron de varones. El distrito de Belice fue el que tuvo el número más elevado de defunciones debidas a causas externas, seguido de Orange Walk; el porcentaje más bajo correspondió al distrito de Toledo (6%).

Las mujeres representaron 60% de todos los casos de internación en el período 1993–1996. Las complicaciones del embarazo fueron la causa principal de hospitalización de adolescentes en ese período (17%), seguidas de los traumatismos y envenenamientos (16%). Las complicaciones del embarazo fueron la causa de 42% de las admisiones para las mujeres, mientras que las causas externas representaron 31% de los casos entre los hombres. Las fracturas determinaron 37% de todos los casos de hospitalización por traumatismos y envenenamientos, y 78% de las mismas ocurrieron en varones. En lo que se refiere a las complicaciones del embarazo, el aborto y el parto prematuro, 19% de las internaciones obedecieron a estas causas; las operaciones cesáreas representaron 7%.

La salud del adulto

Entre los adultos de 20 a 49 años de edad, la mortalidad se mantuvo estable a lo largo del período considerado, con una tasa media de 2,3 defunciones por 10.000 personas de este grupo de edad. Las tasas de mortalidad fueron más altas entre los hombres (2,7) que entre las mujeres (1,4). Las causas externas fueron la causa principal y respondieron por 24% de las defunciones, seguidas de las enfermedades del corazón y del aparato respiratorio (12% y 7%, respectivamente). De todas las defunciones en este grupo de edad, 60% ocurrieron en los hombres. Los accidentes de tráfico causaron 51% de las defunciones por causas externas; en 88% de los casos se trataba de hombres. La frecuencia más elevada de defunciones debidas a causas externas tuvo lugar en Orange Walk; 94% de los casos correspondieron a hombres. La frecuencia de las defunciones debidas a enfermedades cardíacas fue más elevada entre las mujeres (17%) que entre los hombres (9%).

Las complicaciones del embarazo fueron la causa principal de hospitalización en este grupo de edad (29%) en el período 1993–1996, seguidas de los trastornos digestivos (8%). Las mujeres de este grupo tuvieron 69% de las internaciones. Las complicaciones del embarazo causaron 42% de las internaciones de mujeres de todas las edades, y 37% de estos casos estuvieron relacionados con abortos. Los traumatismos y envenenamientos fueron las causas principales de hospitalización de hombres (29%). Dentro de esta categoría, la causa principal fue “otros traumatismos” (61%), y 81% de esos casos fueron hombres. Las fracturas fueron la segunda causa

de morbilidad en el grupo de traumatismos y envenenamientos, representando 35% de las hospitalizaciones.

En 1995, 51,7% de las mujeres embarazadas que acudieron a dispensarios de salud padecían de anemia (niveles de hemoglobina inferiores a 11,0 g/dl).

En el período 1993–1996, los adultos de 50 años tuvieron una tasa de mortalidad de 20 defunciones por 10.000 personas. La tasa fue más elevada entre los hombres (20,8) que entre las mujeres (18,4). Las enfermedades cardíacas, respiratorias y cerebrovasculares, y los neoplasmas fueron las causas principales representando más de 50% de todas las defunciones.

Las enfermedades respiratorias, del corazón y del aparato digestivo y la diabetes fueron las causas principales de hospitalización en este grupo de edad. Otras causas de hospitalización fueron la hipertensión, la enfermedad cerebrovascular y los neoplasmas. No se observó ninguna diferencia entre hombres y mujeres en los patrones de causas de hospitalización.

La salud de los trabajadores

En 1996 estaba empleado aproximadamente 29% del total de la población del país, y se presentaron 1.522 reclamos de beneficios. La mayor parte de ellos fue por motivos de enfermedad (37%), seguidos por lesiones (19%). Las principales causas de morbilidad fueron las enfermedades respiratorias, seguidas de los dolores de espalda y la fiebre. De todos los reclamos por lesiones, 42% se debieron a traumatismos y heridas abiertas. La mayor cantidad de reclamos por lesiones tuvo lugar en los distritos de Orange Walk (29%), Corozal (26%) y Stann Creek (25%), donde la industria agrícola está más desarrollada. El grupo de edad de 20 a 39 años presentó 65% de todos los reclamos.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. La malaria continuó siendo un importante problema de salud pública en Belice. Durante el período 1992–1994, aumentaron el número total de casos, el número de localidades con índices positivos, el número de casos debidos a *Plasmodium falciparum* y el porcentaje de casos que ocurrieron entre los niños. Un estudio de 1995 sobre la distribución de la malaria reveló que 56% de los casos de Toledo ocurrieron entre los niños menores de 14 años. En otros distritos, la mayor parte de los casos se produjeron en varones adultos jóvenes.

Aunque la situación mejoró durante 1995, la incidencia de la malaria continuó siendo elevada. En ese año se diagnosti-

caron 9.413 casos, lo que representó un descenso de 10% con respecto a 1994. El número de casos disminuyó aproximadamente 50% en los distritos de Orange Walk y Corozal. Casi 95% de los casos notificados en 1995 se debieron a *P. vivax*. De los casos de *P. falciparum*, 86% ocurrieron en Stann Creek y Cayo. Cayo fue el distrito más afectado (40% de los casos), mientras que Toledo registró 23% y Stann Creek, 18%. En 1996 se notificaron 6.605 casos, lo que significó una reducción de 30% con respecto a 1995.

Entre 1991 y 1993 no se registró ningún caso de dengue. En 1994 se detectaron 14 casos y en 1995 se registraron 107 casos sospechosos, 9 de los cuales fueron confirmados por pruebas de laboratorio. Belice no tiene capacidad para realizar pruebas serológicas: debe enviar sus muestras al extranjero para confirmar los resultados. En 1996 no se registró ningún caso.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales.

El cólera apareció en Belice en enero de 1992; se registraron 159 casos en ese año (sobre todo en el distrito de Toledo), 135 en 1993 y 26 en 1996. Durante el primer año de la epidemia se produjeron cuatro defunciones, seguidas de dos en 1993 y dos en 1996. Las hospitalizaciones debidas a enfermedades intestinales bajaron de 913 en 1994 a 593 en 1996, y afectaron sobre todo a los niños de 1 a 4 años de edad.

Tuberculosis. Las tasas de mortalidad por tuberculosis fueron de 2,0 por 10.000 personas en 1993, 4,3 en 1994, 2,8 en 1995 y 5,4 en 1996. Durante el período considerado, se diagnosticaron 232 nuevos casos de la enfermedad.

Infecciones respiratorias. Las enfermedades respiratorias fueron la principal causa de hospitalización en el período 1993–1996, y representaron 12% de todas las internaciones. Los diagnósticos más frecuentes fueron la enfermedad obstructiva crónica de las vías aéreas (45%), en la que se incluye el asma, seguida de la neumonía y la influenza (29%). No hubo diferencias en la hospitalización entre hombres y mujeres. La tasa de morbilidad más elevada tuvo lugar en Stann Creek (3,2 por 1.000 habitantes), seguida de Toledo (2,8), mientras que la más baja correspondió a Corozal (1,0).

Las enfermedades respiratorias fueron la segunda causa más importante de muerte (11%). La neumonía fue diagnosticada en 69% de estas defunciones.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Desde la detección del primer caso de sida en 1986, se notificaron 195 casos hasta diciembre de 1996. Hubo 18 casos de sida en 1994, 28 en 1995 y 38 en 1996. La mayoría (80%) tuvieron lugar en el grupo de 20 a 44 años de edad. La mortalidad por sida fue de más de 90%; la sobrevivida después de contraer esta enfermedad es de 18 a 24 meses.

Hasta el final de 1996, el Laboratorio Médico Central notificó 486 casos de infección por el VIH, y el número aumentó desde 60 en 1994 hasta 78 en 1996. La razón hombre/mujer de los casos registrados del VIH bajó de 13:1 en 1989 a 1,6:1 en 1996. La transmisión se produce sobre todo a través del contacto heterosexual, aunque 27 personas con sida señalaron actividades homosexuales y bisexuales. Se han señalado 8 casos pediátricos, 5 de ellos atribuidos a la transmisión perinatal y los otros 3 a transfusiones de sangre. En 1995, el proyecto de vigilancia centinela reveló una prevalencia del VIH de 0,96% en las mujeres que acudían a las clínicas prenatales y de 0,8% en la sangre del cordón umbilical. Aunque esta epidemia afectó a todo el país, los distritos de Belice y Stann Creek registraron 78% de los casos (61% y 17%, respectivamente). El número de casos del VIH diagnosticados también con tuberculosis ascendió a nueve en 1996, frente a un promedio de tres casos al año en el período anterior.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Los trastornos de la nutrición abarcan desde la deficiencia hasta la obesidad. Se dieron casos de deficiencia de peso en relación con la talla y la edad, así como de hierro sérico y de vitamina A en los niños en edad preescolar en todos los grupos étnicos de Toledo, y en las poblaciones rurales mayas y mestizas de otros distritos. Se detectaron casos de anemia entre las mujeres embarazadas. Los datos de un estudio realizado entre adultos en 1995 revelaron que la obesidad constituía un problema.

El suministro de alimentos en Belice depende en gran parte de las importaciones, y es necesario supervisar los alimentos importados para controlar la presencia de sal yodada y fluorurada. La política gubernamental promueve la autosuficiencia en la producción de alimentos.

Enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares representaron 30% de las defunciones registradas en el período 1993–1996. La tasa de mortalidad osciló entre 125,8 por 100.000 habitantes en 1993 y 113,5 en 1996. Las enfermedades del corazón fueron la causa principal de defunciones tanto en los hombres como en las mujeres y produjeron 67% de las defunciones por trastornos cardiovasculares. La tasa de defunciones más elevada tuvo lugar en el distrito de Belice (183,0), seguido por Stann Creek (141,3); la tasa más baja correspondió a Toledo (64,0).

Las enfermedades del corazón fueron una causa importante de hospitalización entre los adultos de 50 años y más, ya que representaron 10% de todas las hospitalizaciones en este grupo de edad. No obstante, no apareció entre las cau-

sas principales de hospitalización en otros grupos. No se observaron diferencias por sexo en las hospitalizaciones por enfermedades del corazón. Los distritos con la mayor frecuencia de hospitalización por esta causa fueron Corozal y Belice, con 13% en cada caso, y Cayo tuvo la frecuencia más baja (6%).

Tumores malignos. Los tumores malignos estuvieron entre las principales causas de mortalidad durante el período considerado, sobre todo en el grupo de 50 años de edad y más. La mortalidad se mantuvo estable en 34,7 defunciones por 100.000 personas. No se observaron diferencias según sexo. Los distritos con número más elevado de defunciones debidas a tumores en el grupo de 50 años de edad y más fueron Cayo y Orange Walk, cada uno con 17%; el número más bajo correspondió a Toledo (7%). Los tumores fueron también una causa importante de hospitalización para el grupo de 50 años de edad y más, representando 5% de todas las hospitalizaciones. No hubo diferencias entre los sexos.

Diabetes. La diabetes estuvo entre las 10 causas principales de mortalidad únicamente en el grupo de 50 años de edad y más (88% de todas las defunciones debidas a diabetes ocurrieron en este grupo de edad). El promedio anual de defunciones por diabetes fue inferior a 25, representando 2% de las defunciones registradas en este grupo de edad. El promedio anual de mujeres (28) que fallecieron como consecuencia de la diabetes en este grupo de edad fue ligeramente superior al de los hombres (21). Las hospitalizaciones por diabetes descendieron de 308 en 1993 a 235 en 1996, correspondiendo 67% de las admisiones a las mujeres. Cinco de cada seis amputaciones realizadas en Belice son debidas a la diabetes, y 9% de los casos de ceguera estuvieron relacionados con la retinopatía diabética.

Accidentes y violencia. Las causas externas figuraron entre las principales causas de mortalidad, correspondiéndoles 9% de las defunciones de la población general registradas en 1993–1996; los hombres representaron 79% de esas defunciones. Los accidentes de tráfico provocaron 41% de las defunciones dentro de esta categoría. La tasa de mortalidad por accidentes de vehículos de motor subió de 10,7 por 100.000 habitantes en 1993 a 16,7 en 1996. Entre los hombres, esta tasa subió de 14,4 a 26,1 por 100.000 entre 1993 y 1996, mientras que entre las mujeres subió de 6,9 a 7,2.

Aunque los suicidios no figuraron entre las principales causas externas de mortalidad, su frecuencia subió de una defunción en 1994 a 11 en 1995 y 8 en 1996. Casi todos los suicidas fueron hombres. Casi la mitad de aquellos tuvieron lugar en Corozal; 75% correspondió al grupo de 20 a 49 años de edad. En 42% de los casos los suicidas utilizaron armas de fuego, 21% se ahorcaron y 15,9% ingirieron paracuat.

La Ley sobre la Violencia Doméstica está en vigor desde 1993, pero la documentación sobre el tema es prácticamente inexistente y la información no se ha canalizado hacia la Oficina de Estadísticas Médicas ni hacia otros sistemas de información. El Departamento de Asuntos de la Mujer está coordinando actualmente la preparación de un plan quinquenal nacional de acción contra la violencia doméstica y el Ministerio de Salud y Deportes está coordinando la preparación de un modelo nacional de notificación de casos de violencia doméstica a través de su Unidad de Epidemiología.

En un estudio realizado en Orange Walk en 1996 se señalaron importantes cuestiones relacionadas con la violencia doméstica, entre ellas, la respuesta médica conciliatoria, la debilidad de las redes de comunicación, la creciente utilización y cantidad de demandas presentadas al sistema jurídico y el mayor grado de alerta sobre la violencia doméstica, que coexisten con las actitudes estereotipadas, y la necesidad de servicios de apoyo (asesoramiento, registro de datos y protocolos de gestión).

Aborto. Aunque el aborto no figuró entre las causas principales de mortalidad, es probable que algunas defunciones debidas al aborto se registraran como complicaciones del embarazo. Se registraron 2.603 abortos. Si bien las hospitalizaciones debidas al aborto descendieron de 7% en 1993 a 5% en 1996, el aborto ocupó el cuarto lugar entre las causas de hospitalización. De las hospitalizaciones relacionadas con el aborto, 20% ocurrieron en el grupo de 10 a 19 años de edad, descendiendo de 21% en 1993 a 17% en 1996.

Salud mental. La información disponible sobre la salud mental está basada en los datos sobre internaciones en el hospital psiquiátrico nacional. Los trastornos neuróticos y el síndrome alcohólico se incluyen entre las cinco principales causas de hospitalización; la esquizofrenia y otras psicosis no figuran entre ellas.

Un estudio reciente realizado por las enfermeras de los centros psiquiátricos señala que “el estrés y la falta de habilidades personales para enfrentar las dificultades” es el principal factor causal de las enfermedades psiquiátricas, seguido del abuso de sustancias.

Salud oral. La salud oral mejoró entre los alumnos de las escuelas, con una reducción de la caries y de las enfermedades de las encías. No obstante, un estudio reciente sobre los niños de 3 a 4 años de edad reveló que 43% de ellos tenía caries y 15% caries avanzada. El riesgo de caries en los niños de 4 años de edad era 1,5 veces más elevado que en los de 3 años. El mayor uso de fluoruro entre los niños desde 1993 a 1995 estuvo asociado a un descenso de la demanda de servicios dentales. El índice de dientes cariados, perdidos u obturados (CPO-D) en 1989 osciló entre 3,4 en Orange Walk y 4,7

en Cayo entre los escolares de 6 a 12 años de edad. Entre los de 12 años, el índice fue de 4,3 en los distritos incluidos en el estudio. No hubo diferencias según sexo. Entre los adultos se observó un aumento de la demanda de obturaciones dentales, profilaxis y eliminación de la placa dental.

Salud ocular. La información sobre la salud ocular es limitada y procede, en su mayor parte, de los dispensarios gubernamentales de los distritos de Cayo, Belmopán y Belice, y del Consejo de Belice para las Personas con Deficiencia Visual, organización no gubernamental que mantiene un registro nacional de ciegos. Hasta diciembre de 1996 hubo 806 casos registrados de ceguera, lo que representa una tasa de 3,6 por 1.000 habitantes. Se trata de una cifra inferior a la de 8 por 1.000 prevista para los países en desarrollo de acuerdo con estimaciones de la OMS. Stann Creek y Belice fueron los distritos con las tasas más elevadas (5,2 y 4,6, respectivamente); las tasas de los otros distritos oscilaron entre 2,4 y 2,8. Los diagnósticos más frecuentes entre las personas ciegas fueron las cataratas (39%), el glaucoma (23%), la retinopatía diabética (9%), la ceguera congénita (5%), la ceguera retinal (5%) y otras (15%). Las personas de 60 años y más representaron 25% de todas las personas ciegas registradas. La distribución por distrito de este grupo de edad incluyó 41% en Belice, 15% en Cayo, 14% en Stann Creek, 13% en Orange Walk, 10% en Corozal y 7% en Toledo. Las hospitalizaciones debidas a enfermedades de los ojos descendieron de 125 en 1993 a 43 en 1996.

Desastres naturales. Los riesgos naturales más importantes en Belice son los huracanes, los incendios y las inundaciones. Durante 1995, una inundación producida en el norte obligó a evacuar diversas aldeas, lo que redujo la cobertura de inmunización. Para reducir al mínimo el efecto que los desastres naturales o de origen humano puedan tener sobre los servicios de salud, se han llevado a cabo simulacros, actividades de capacitación, difusión de la información y cooperación intersectorial. En este terreno existen obstáculos para la coordinación y asignación de fondos para las actividades de mitigación de los desastres.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En noviembre de 1996 el Primer Ministro puso en marcha el Plan Nacional de Salud 1996–2000 y el Ministerio de Salud y Deportes emprendió una reorganización para aplicar el plan, con el objetivo fundamental de establecer nuevos programas y enfoques e impulsar la descentralización. Entre los motivos de preocupación figuran los sistemas de informa-

ción, el financiamiento de la salud, la administración de los servicios de salud, el mantenimiento del equipo, el perfeccionamiento de los recursos humanos y el desarrollo y la planificación institucional. El Ministerio ha recibido apoyo de la OPS y del Banco Interamericano de Desarrollo en el proceso de reforma. El proyecto de reforma de políticas de 1993 establece una serie de opciones normativas para aplicar el Plan Nacional de Salud y conseguir una mayor equidad y eficiencia en el sector salud.

El Plan Nacional de Salud constituye un marco que orientará al Ministerio de Salud y a otros en sus esfuerzos por garantizar el acceso universal a un conjunto de servicios integrados de salud de calidad aceptable mediante la atención primaria de salud. La preparación del Plan Nacional de Salud ha sido un proceso basado en la participación que promovió el compromiso de diferentes sectores para identificar las esferas prioritarias y proponer soluciones y resultados deseados en los niveles central y local.

El Plan Nacional de Salud estableció cinco áreas programáticas para el logro de sus objetivos: salud ambiental, primera infancia, segunda infancia y adolescencia, fases iniciales y finales de la edad adulta, y deporte. Entre los servicios de apoyo cabe citar a los sistemas de información, la epidemiología, la educación sanitaria y la participación de la comunidad, la nutrición, el establecimiento de una red de servicios de salud (con inclusión de un sistema de remisión, mantenimiento, laboratorio y suministro de medicamentos), educación física y administración.

Si bien se ha puesto ya en marcha la reforma estatal y los procesos de consulta y participación han conseguido nuevos seguidores en los últimos años, el cambio depende del ritmo y la dirección de la reforma. La descentralización no se acepta de manera uniforme y requerirá cambios en la cultura y las actitudes. Un entorno propicio para la democracia y la toma de decisiones basada en la comunidad, es indispensable para garantizar la participación comunitaria.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El Gobierno ha brindado servicios de salud con costos prácticamente nulos a lo largo de los años, incluido el suministro de productos farmacéuticos. Se están introduciendo en forma gradual mecanismos de recuperación de costos, en particular para la atención curativa.

La gestión de la atención de salud, centralizada hasta hace poco, permite ahora una mayor autonomía de los distritos en el proceso de toma de decisiones. En abril de 1997 se descentralizó el manejo de las finanzas delegándolo a los distritos, pero todavía no se han establecido directrices para la distri-

bución y gestión del presupuesto. Hubo progresos en la cooperación y la coordinación entre los programas preventivos de base comunitaria y los oficiales médicos de distrito (que normalmente administran el hospital y se encargan de la gestión global de la atención de salud), pero hubo problemas debido a la falta de capacitación en actividades de gestión en el nivel comunitario.

Si bien tanto el sector público como el privado contribuyen a la atención de salud, no hay una definición clara de sus funciones ni de su coordinación. El Ministerio de Salud se encarga del diseño de las políticas y de los acuerdos adoptados entre las instituciones y los proveedores de los servicios, incluida la utilización de hospitales públicos para la práctica privada de doctores y dentistas.

La cooperación intersectorial se reconoce como un enfoque importante para la salud y el desarrollo. Existen organismos multisectoriales como la Comisión Nacional para las Familias y los Niños, la Comisión Nacional de la Mujer, y el Comité de Evaluación Ambiental, pero su impacto se ve comprometido por la falta de mecanismos eficaces de coordinación intersectorial y de cooperación a escala nacional.

El Ministerio de Salud ha adoptado la atención primaria de salud y ha creado una infraestructura de equipos de salud distritales orientados hacia metas relacionadas con la salud. Pese a que estos equipos se establecieron para promover la participación intersectorial y comunitaria para el desarrollo sanitario, están integrados mayormente por proveedores de atención de salud. Los equipos no tienen autoridad jurídica ni se les ha asignado un presupuesto para sus operaciones.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

Aunque se han aprobado algunos estatutos concretos, no se han producido grandes cambios en la legislación de salud desde hace casi tres décadas. Las leyes de Belice contemplan los servicios e instituciones médicas, la salud pública, la alimentación y los medicamentos, y la certificación y práctica de los profesionales de la salud. La revisión de la actual legislación de salud es el resultado previsto de la reforma de la política sanitaria. No existen mecanismos de reglamentación, normas ni criterios eficaces para aplicar la legislación.

El Ministerio de Salud se encarga de promulgar los reglamentos sobre las cuestiones relacionadas con la salud. El Director de los Servicios de Salud, nombrado por el Gobernador, tiene como misión ejecutar las ordenanzas y recomendar al Ministro los reglamentos necesarios y, en casos tales como la lucha contra las enfermedades transmisibles, tiene autoridad para formular reglamentos. Los organismos de normalización, como la Junta Médica, el Consejo de Enfermeras y Comadronas y la Junta de Inspectores de Químicos y Farmacéuticos son los responsables de registrar a los profesionales

en ámbitos específicos y asesorar al Ministro sobre los reglamentos relativos a esas categorías.

La normativa para prevenir y combatir la contaminación ambiental se recoge en las disposiciones de la Ley de Salud Pública, la Ley de Control de los Plaguicidas y la Ley sobre el Organismo Encargado de la Gestión de Desechos Sólidos. La Ley de Protección del Medio Ambiente (1992) estableció un departamento del medio ambiente, que se encarga de aplicar las disposiciones de esa Ley. Durante los cinco últimos años, se han formulado instrumentos legislativos para el control de los contaminantes en la tierra y en el agua. Se necesitan todavía normas sobre la calidad del aire en los sectores de la industria, el tráfico y el riesgo de contaminación ambiental producida por el humo del tabaco. El Departamento de Vivienda fija las normas sobre la ventilación de los edificios.

La legislación sobre la higiene y la seguridad de los alimentos está actualmente en fase de elaboración. Existen normas y reglamentos alimentarios, basados en referencias regionales, para la mayor parte de los alimentos elaborados en el mercado interno o externo.

La Ley de Fábricas, que regula la seguridad y la salud ocupacional en las fábricas, no responde ya a las necesidades de la mayor parte de los trabajadores. El Plan de Salud de los Trabajadores la sustituyó con la Ley de Seguridad y Salud Ocupacional, en la que se tienen en cuenta distintos ambientes de trabajo.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud y educación. Belice ratificó la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud (1994). La educación para la salud se incorporó en programas verticales, pero no se consiguió el objetivo de incluir la promoción de la salud como estrategia. La utilización de los medios de comunicación y la movilización comunitaria fue una estrategia de alcance nacional. El establecimiento de coordinadores locales para la promoción de la salud contribuyó de forma significativa a la descentralización de la educación y la promoción de la salud. La reforma del sector salud deberá velar por que la estrategia continúe influyendo sobre la salud. Los principales obstáculos son el destacado acento del presupuesto sobre la atención curativa y la limitada disponibilidad de instituciones de capacitación para educadores en salud.

Programas de prevención y control de enfermedades. El Ministerio de Salud elaboró programas verticales en respuesta a las principales enfermedades transmisibles, tales como las enfermedades inmunoprevenibles, la malaria, el dengue, la rabia, la tuberculosis, el sida y otras enfermedades

de transmisión sexual. En el marco del Programa de Salud Materno-infantil, el Programa Ampliado de Inmunización incrementó su cobertura para enfermedades específicamente seleccionadas. Entre 1993 y 1995 se lograron importantes progresos en este sector: la eliminación del sarampión y la introducción de la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola. Además, en 1997 se inició un programa de vigilancia del síndrome de la rubéola congénita y, en el distrito de Stann Creek, se puso en marcha un proyecto piloto de vacunación contra la hepatitis B. El Gobierno se encargó de la adquisición de las vacunas. Para garantizar la cobertura de las enfermedades seleccionadas, se hace hincapié en la vigilancia, la capacitación permanente, el mantenimiento de las cadenas de frío y la atención periódica mediante dispensarios móviles. Los obstáculos en este sentido son la resistencia de algunas personas, la vulnerabilidad del programa de extensión y las deficiencias en el mantenimiento del equipo.

El programa de lucha antivectorial del Ministerio de Salud llevó a cabo actividades sistemáticas de rociamiento de viviendas (sobre todo en las zonas rurales), identificó las zonas de infestación y aplicó tratamientos cuando fue necesario. La Oficina de Salud Pública efectuó campañas de vacunación contra la rabia y de educación sanitaria para alentar a los particulares a que vacunaran a los animales domésticos. El programa de tuberculosis dirige un dispensario de enfermedades del tórax para prevenir y combatir la tuberculosis. La productividad de este dispensario descendió entre 1992, cuando se examinaron 409 pacientes (20% con tuberculosis) y 1995, cuando se examinaron solo 129 (47% con tuberculosis).

Desde 1987 está en marcha el Programa Nacional contra el Sida, que ha ejecutado dos planes a mediano plazo en el marco del Programa Mundial sobre el Sida. Entre las actividades se incluyeron campañas de sensibilización de la opinión pública, programas de difusión orientados a objetivos específicos, medidas de seguridad hematológica, actividades de asesoramiento, pruebas del sida y formulación de políticas y normas. Desde 1987, se ha sometido a exámenes para detectar el VIH a 100% de la sangre destinada a transfusiones, y su costo es asumido por el Gobierno. A pesar de estos esfuerzos, los cambios de actitud en el comportamiento sexual son limitados, persisten el estigma y la discriminación, el acceso a la atención y el apoyo son limitados y no hay políticas ni reglamentos definidos para la prevención y lucha contra el VIH/sida. En 1996, un grupo de organizaciones y particulares de los sectores público y privado estableció un grupo de estudio encargado de elaborar un plan estratégico nacional en el marco del nuevo programa contra el sida. Partiendo de experiencias anteriores, este grupo intersectorial ha concentrado sus esfuerzos en las necesidades de la población y de aquellos directamente afectados por la epidemia.

No existen programas para la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, aunque se dispone de servicios

especiales para las enfermedades consideradas prioritarias, tales como la diabetes y la hipertensión. Es importante mencionar la contribución de algunas organizaciones no gubernamentales que ofrecen atención complementaria en esta área, tales como el Consejo de Belice para las Personas con Deficiencia Visual, la Asociación de Diabetes de Belice, la Sociedad del Cáncer de Belice, la Cruz Roja y el Club de Leones.

A pesar de los éxitos, el enfoque que se utiliza para la organización de los servicios de salud, orientado hacia la enfermedad y de carácter vertical, dificulta una respuesta eficiente. El enfoque basado en el género y el ciclo biológico trata de ofrecer una visión integral de la salud para todas las edades, tanto de hombres como de mujeres. El desafío reside en diseñar un modelo eficiente de salud que permita responder a las necesidades locales y a la diversidad cultural.

Programas de salud de los trabajadores. El programa más amplio de prestaciones para los trabajadores es el Plan de Seguridad Social de Belice, que cubre aproximadamente a 89% de la población trabajadora. No están incluidos en él las personas empleadas durante menos de 24 horas a la semana y los trabajadores por cuenta propia. Dicho plan no tiene como objetivo específico la salud de los trabajadores; ofrece únicamente atención médica para las lesiones sufridas en el puesto de trabajo. El Subsidio por Enfermedad de la Seguridad Social consta de pagos en efectivo en sustitución de los salarios perdidos durante la enfermedad; los servicios de atención de salud son ofrecidos principalmente por el Ministerio de Salud.

Protección y control de los alimentos. El Gobierno tiene como meta lograr la autosuficiencia en la producción de alimentos. Entre las reformas recientes cabe señalar las exenciones tributarias para aumentar la producción local de alimentos y facilitar a los productores una posición más competitiva en el mercado.

La responsabilidad de la inocuidad de los alimentos es competencia conjunta de los Ministerios de Salud, Agricultura y Pesca, y de Comercio e Industria. Los intentos de establecer un organismo coordinador no han dado todavía fruto, pero se están dando algunos pasos dentro del sector público y privado para establecer una Comisión del Código Alimentario. El sector público está representado por los ministerios antes mencionados y la Cámara de Comercio y la Junta por un Belice Mejor representa al sector privado. Los servicios de laboratorio para un programa de inocuidad de los alimentos son limitados y se dedican sobre todo al control de la calidad del agua. Las pruebas relativas a los alimentos se llevan a cabo fuera del país.

Servicios de abastecimiento de agua potable, alcantarillado y gestión de los desechos sólidos. Las responsabili-

dades relativas a la gestión de los recursos hídricos no están claramente definidas ni coordinadas. Cinco ministerios gubernamentales y la Dirección de Agua y Alcantarillado participan en el sector de abastecimiento de agua y saneamiento; cada uno de ellos ejerce control parcial y gestiona en forma fragmentada los recursos, teniendo poco en cuenta los criterios de planificación global. El Ministerio de Salud, a través de su Oficina de Salud Pública, supervisa la calidad del agua y ejecuta programas de saneamiento rural. La Dirección de Agua y Alcantarillado opera los sistemas de abastecimiento de agua en los centros urbanos y los sistemas de alcantarillado en la ciudad de Belice, Belmopán y San Pedro Ambergris Key. Aunque la cobertura de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento aumentó entre 1990 y 1995 con un efecto positivo en la lucha contra las enfermedades transmitidas por el agua, todavía escasean los servicios en las zonas rurales y urbanas. En 1995 el Gobierno suprimió la Unidad Rural de Abastecimiento de Agua y Saneamiento para racionalizar el servicio público y mejorar la eficiencia, pero ello redundó negativamente en la supervisión de los sistemas rurales de abastecimiento de agua y en su mantenimiento.

En las comunidades urbanas, la eliminación de desechos es competencia de los gobiernos locales. En las comunidades rurales, esos servicios no están organizados en el ámbito comunitario; cada hogar debe encargarse de eliminar sus propios desechos sólidos. Cuando los métodos de eliminación son inadecuados y causan problemas de salud, el Ministerio de Salud debe intervenir para adoptar medidas correctivas. No existe un sistema de gestión de los desechos sólidos hospitalarios en el centro nacional de referencia; el resto de los hospitales no tiene un sistema homologado y entierra y quema sus desechos en lugares al aire libre.

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. Existen sistemas de vigilancia para la poliomielitis y el sarampión y para combatir el VIH y el sida, la malaria, el cólera, la tuberculosis, la fiebre tifoidea y el síndrome de la rubéola congénita. Estos sistemas no siempre están coordinados con la Unidad de Estadísticas Médicas del Ministerio de Salud, y responden mejor al carácter vertical de los programas existentes.

Las actividades del Laboratorio de Salud Pública cuentan con el respaldo del Laboratorio Médico Central y el Laboratorio de Calidad del Agua, instituciones ambas que necesitan mayor desarrollo.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

El Gobierno, a través del Ministerio de Salud, es el principal proveedor de servicios de salud. Hay ocho hospitales pú-

blicos, uno en cada distrito, con excepción de Cayo y Belice que tienen dos. El Hospital Karl Heusner es el hospital nacional de referencia y brinda servicios generales y especializados de atención primaria, secundaria y, en algunos casos, terciaria a la población del distrito de Belice. El Hospital Rockwie, situado a 22 millas de la ciudad de Belice, es el principal hospital psiquiátrico nacional.

Los hospitales de distrito funcionan como centros de atención primaria y ofrecen también algunos servicios de atención secundaria. No se han efectuado estudios sobre la capacidad de respuesta de la red de centros de servicios de salud, pero el personal del Ministerio de Salud reconoce que se trata de un aspecto en el que es preciso introducir mejoras. Algunos pacientes son remitidos a países vecinos, pero no se han establecido protocolos estandarizados.

Hay 75 establecimientos públicos que funcionan como centros de salud (40) y puestos rurales de salud (35). Los centros de salud ofrecen atención prenatal y postnatal, servicios de inmunización, supervisión del crecimiento de los niños de menos de 5 años, tratamiento de la diarrea y pequeñas dolencias, y educación general en salud. Algunos dispensarios especializados ofrecen servicios para casos de hipertensión, diabetes, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual y sida, además de remitir a los pacientes a otros centros y realizar actividades de seguimiento. No hay protocolos ni mecanismos estandarizados para la remisión de consultas a los hospitales de distrito o al hospital nacional central. Cada centro atiende a un total de 2.000 a 4.000 personas y la mayor parte ofrece también un dispensario móvil que visita las aldeas más pequeñas y remotas cada seis semanas haciéndose cargo de 40% de los servicios de los centros.

Los servicios especializados en materia de salud mental, salud maternoinfantil y salud oral se ofrecen a través de esta red de centros públicos. Los servicios de salud mental están inspirados en un modelo de prestación de servicios psiquiátricos basado en la reclusión. No obstante, se han establecido servicios de bienestar social clínico y psiquiátrico de régimen ambulatorio, que posteriormente se han ampliado a los distritos a través de dispensarios que prestan estos servicios mensualmente. En 1992 se contrató un psiquiatra para el programa gubernamental. En la actualidad, hay dos psiquiatras y nueve enfermeras capacitadas en psiquiatría que ofrecen atención de salud mental. En 1997 se puso en marcha un proyecto de base comunitaria para reforzar los servicios periféricos de salud mental.

El Programa de Salud Dental ha conseguido progresos a través de dispensarios especializados y servicios escolares.

El Programa de Salud Maternoinfantil es uno de los más estructurados. Los registros de asistencia de los servicios infantiles revelan que las visitas de seguimiento muestran una tendencia creciente para los alumnos de edad escolar y una tendencia decreciente para los niños de 1 a 4 años; las cifras de

las primeras visitas se mantuvieron estables para ambos grupos de edad. Más de una cuarta parte de los servicios de hospitalización correspondieron a partos normales. El Ministerio de Salud no ofrece anticonceptivos y la planificación familiar se limita a la educación en salud en el marco de los servicios prenatales y postnatales. La Asociación de Belice para la Vida Familiar, organización no gubernamental, es el principal abastecedor de anticonceptivos.

El número de profesionales y la gama de servicios ofrecidos en el sector médico privado son limitados. Existen solo dos hospitales privados, un hospital sin fines de lucro en el distrito de Cayo (20 camas) y otro con fines de lucro en el de Belice (4 camas). Además, hay 54 dispensarios privados, 27 de los cuales se encuentran en la ciudad de Belice; el distrito de Toledo no tiene ningún dispensario privado. El sector privado se limita fundamentalmente a los servicios ambulatorios. Se ofrecen servicios de atención secundaria en los casos de maternidad y de intervenciones quirúrgicas sencillas.

El seguro de salud privado es de alcance limitado pero aumentó rápidamente durante los años noventa. Muchas compañías de seguros son filiales de grandes empresas internacionales y los programas de prestaciones están configurados de tal modo que cubren los gastos de la atención médica fuera de Belice. Las primas son elevadas y no están al alcance del trabajador medio. La cobertura familiar puede costar US\$ 100 mensuales en el caso de una póliza médica colectiva.

Los problemas estructurales que determinan el escaso desarrollo de la práctica privada se relacionan con los reglamentos que limitan el número de médicos autorizados para la práctica privada, la proximidad de servicios de mayor calidad en México, la baja cobertura de población de los seguros médicos colectivos, la ausencia de contactos entre las instituciones financieras y los proveedores de atención de salud, y la utilización de los hospitales públicos por especialistas independientes y contratados por el sector público para tratar a los pacientes privados.

Aunque el número de profesionales de la salud ha aumentado, sobre todo el de los médicos especializados, los servicios ofrecidos, la cobertura y la productividad disminuyeron en el sector de la salud pública en el período 1993–1996. No hay datos disponibles sobre la productividad del sector privado. Según la Oficina de Estadísticas Médicas, el número total de altas hospitalarias bajó desde 19.480 en 1993 a 16.557 en 1996. Las tasas de ocupación de camas hospitalarias bajaron de 44% en 1993 a 37% en 1996. El número total de consultas bajó de 218.993 en 1993 a 178.016, mientras que las consultas a especialistas descendieron desde 19.364 en 1993 a 14.115 en 1996. Los indicadores de productividad fueron los siguientes: 0,60 altas (médico/día), 0,23 operaciones cesáreas (obstétrico/día), 13,9 consultas generales (médico general/día), 0,94 consultas especializadas (especialista/día), 0,78 intervenciones quirúrgicas mayores (cirujano/día), y 0,04 urgencias

(médico/día). La productividad fue más baja en el hospital Karl Heusner que en el promedio del resto de los hospitales de distrito.

Insumos para la salud

El Laboratorio Médico Central es el eje de la red de laboratorios públicos. Con excepción del distrito de Cayo, todos los hospitales de distrito tienen un laboratorio con administración central. El control de calidad de los laboratorios privados es competencia del Laboratorio Médico Central. La calidad de los servicios en los laboratorios públicos se ve dificultada por la escasez de personal, la baja asignación presupuestaria y el despilfarro de suministros.

Los servicios privados de diagnóstico incluyen un laboratorio en Belice y una unidad de radiología; ninguno está asociado con un establecimiento de atención de pacientes. No hay una reglamentación para los servicios privados de diagnóstico. Aunque el Ministerio de Salud tiene un equipo de radiodiagnóstico por imágenes, este se utiliza insuficientemente por falta de personal capacitado.

En lo que respecta a la administración y suministro de medicamentos en el sector público, existen tres problemas principales: el presupuesto anual es demasiado bajo para cubrir las necesidades, el sistema de adquisición es ineficaz pues se realizan muchas compras a precios innecesariamente elevados, y el dispositivo de distribución es poco funcional y muchos productos están agotados durante largos períodos de tiempo. El suministro de medicamentos es un área prioritaria que debe ser abordada en el proyecto de reforma de la política de salud. El Ministerio de Salud preparó en 1994 un Formulario de Medicamentos.

El mantenimiento de rutina de las instalaciones se ve obstaculizado por la falta de presupuesto.

El sistema de información de salud presenta problemas tales como la falta de normas sobre la notificación de rutina, el retraso de las notificaciones, la falta de información sobre los resultados y la escasez de personal capacitado en procesamiento y análisis de datos. Si bien hay varios sistemas de información vertical, la coordinación entre ellos es mínima. Se compila y distribuye una gran cantidad de datos, pero luego no se utilizan debidamente para la toma de decisiones.

Recursos humanos

El número del personal de salud creció 57% entre 1976 y 1994. La encuesta de personal de salud de 1994 contabilizó a 500 trabajadores de salud, de los cuales 465 estaban en actividad. Los médicos, dentistas y enfermeras profesionales representaban 58% del personal: 33% eran enfermeras profesiona-

les, 21% médicos y 3% dentistas. Casi 75% del personal de salud trabaja en el sector público y el grupo más numeroso es el de las enfermeras (84%). La mayor parte de los que trabajan en el sector privado son médicos y dentistas (58%). Aproximadamente 14% del personal de salud trabaja tanto en el sector público como en el privado. De los médicos que trabajan en el sector público, 55% también trabajan en el sector privado. La mayor parte de los dentistas (67%) trabaja exclusivamente en el sector privado. El personal de salud comunitaria está integrado por 117 comadronas y 135 parteras tradicionales; 110 han recibido alguna forma de capacitación. Otros funcionarios del Ministerio de Salud son los 14 encargados de suministros y un oficial de suministros, 16 inspectores de salud pública, 68 funcionarios de lucha antivegetal, 7 educadores de salud (dos con capacitación en la materia) y una red de 171 trabajadores de salud comunitaria.

Aunque el volumen de los recursos financieros asignados al personal del sector salud es comparable al de otros países, Belice tiene uno de los niveles más bajos de cobertura de médicos y solamente un nivel intermedio de cobertura de enfermeras. El personal de salud se concentra en el distrito metropolitano de Belice, donde más de la mitad del personal de salud está empleado (60% de los médicos, 54% de las auxiliares de enfermería y 63,3% de los profesionales trabajan en organismos centrales), la mayor parte de ellos en el hospital Karl Heusner. La falta de infraestructura y de especialistas tiene como resultado una baja utilización de los servicios de internación y un alto nivel de remisiones al hospital Karl Heusner. La distribución entre zonas rurales y urbanas es irregular en todos los distritos, tanto en lo que se refiere a los médicos como a las enfermeras. Aunque Belice tiene las tasas más elevadas de distribución para todas las categorías de personal, no cuenta con médicos en las zonas rurales.

Gasto y financiamiento sectorial

El presupuesto de salud subió de US\$ 862.950 en 1992 a \$11.035.500 en 1995. No obstante, la parte del presupuesto nacional correspondiente al sector salud disminuyó de 9% en 1992 a 8% en 1995. La asignación relativa de recursos mostró un énfasis especial sobre los servicios curativos (se asignó 74% de los recursos a hospitales) y, dentro de los servicios curativos, a la atención secundaria (28%). Solo 17% del presupuesto se asignó a programas de salud pública. La estructura

presupuestaria se mantuvo sin cambios durante el período 1993–1996. Los costos de personal consumen más de las dos terceras partes de los gastos del Ministerio de Salud (75%) y han aumentado en los últimos años, mientras que los medicamentos y los suministros médicos consumen 17%. Más de 60% del gasto de capital del Ministerio de Salud se cubre con ayuda externa y el financiamiento disponible resulta escaso para el mantenimiento de rutina. La insuficiencia de los recursos y las ineficiencias en la asignación y utilización contribuyen al deterioro de la calidad y cantidad de los servicios ofrecidos por el Ministerio de Salud.

Cooperación técnica y financiera externa

La asistencia internacional contribuyó al desarrollo del sector salud y al proceso multisectorial, lo que repercutió favorablemente en el estado de salud de la población. El Gobierno destacó la importancia del establecimiento y fortalecimiento de relaciones y compromisos de alcance bilateral, regional y mundial. Desde la última evaluación de la estrategia de Salud para Todos, el Ministerio de Salud ha reforzado sus intentos de cooperación técnica en el marco de la Cooperación para la Salud en el Caribe, la Iniciativa de Salud de Centroamérica (ISCA-III), la Cooperación Binacional en Salud México/Belice y la Cooperación Trinacional en Salud México/Guatemala/Belice. Se mantuvieron relaciones de cooperación con interlocutores no tradicionales en salud como, por ejemplo, la intervención del Banco Interamericano de Desarrollo en el proyecto de reforma de salud.

Aunque existen acuerdos jurídicos entre algunos organismos y el Gobierno a través del Ministerio de Asuntos Exteriores, no hay acuerdos oficiales para la coordinación y ejecución de la cooperación técnica financiada por donantes internacionales en salud y desarrollo. El Ministerio de Salud coordina la cooperación internacional y la asistencia en salud en cada caso.

El Ministerio de Salud estableció una unidad de planificación en 1996 para coordinar la asistencia internacional en salud. En 1996, en el marco de una iniciativa del Ministerio de Salud y de la OPS para racionalizar la planificación, ejecución, supervisión y evaluación conjunta entre ambas partes, se preparó un manual de cooperación técnica. El UNICEF también está fortaleciendo la coordinación interministerial dentro de su nuevo programa de trabajo.

BERMUDA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Bermuda comprende un pequeño grupo de islas que abarcan una superficie de 52 km² aproximadamente, ubicadas 970 km al sudeste del cabo Hatteras, Carolina del Norte, Estados Unidos de América. En 1995 tenía una población de 59.807 habitantes, de los cuales 51,6% eran mujeres; la densidad de población era de 1.203 personas por km².

Bermuda carece virtualmente de recursos naturales e importa la totalidad de sus bienes de consumo. La economía se basa casi por entero en el turismo y en los negocios de empresas internacionales. Alrededor de un tercio de la fuerza de trabajo se dedica al comercio mayorista o minorista; otro tercio está empleado en restaurantes y hoteles y el tercio restante presta servicios comunitarios, sociales y personales. El país tiene habitualmente un pequeño superávit en su balanza de pagos; su moneda, el dólar de las Bermudas, está vinculado al dólar estadounidense en una relación de paridad y se estima que la inflación anual gira en torno de 1,6%. La tasa de ocupación hotelera ha ido aumentando lentamente en los últimos años y llegó a 64% en 1995.

La educación es gratuita en las escuelas públicas y obligatoria hasta los 16 años de edad. En 1995 se matricularon 10.056 estudiantes en colegios primarios y secundarios estatales y privados y en el Bermuda College. En 1994 se estimó que la tasa de alfabetización era de 97%.

El nivel de vida es alto: hay buenas viviendas y sistemas de comunicación bien desarrollados. También los caminos son buenos y el transporte público (autobuses, taxis y transbordadores) está bien organizado. Toda la población cuenta en sus hogares con agua potable y eliminación sanitaria de desechos.

En 1991 el ingreso medio de las unidades familiares fue de US\$ 48.588, lo que representa un aumento de 16,4% desde 1988, año en que se efectuó la última medición; las mujeres representaban por entonces 50% de la fuerza de trabajo.

El gasto nacional en salud per cápita era en 1995 de US\$ 943, que representaban aproximadamente 5% del producto interno bruto (PIB).

El censo de 1991 indicó que la población de Bermuda era de 58.460 habitantes. El crecimiento demográfico anual ha sido aproximadamente de 0,7% en los últimos años. Aunque entre 1991 y 1995 el promedio de nacimientos por año fue de 902, los nacimientos han disminuido constantemente durante dicho período y las cifras correspondientes a los últimos años han descendido más de 10% a 840, en comparación con los 959 registrados al principio de la medición. La tasa bruta de natalidad bajó de 16,4 por 1.000 habitantes en 1991 a 14,0 en 1995. La composición racial de la población indica que los negros constituyen 58% y los blancos y personas de otras razas, 42%. Conforme al censo de 1991, hay en la isla 22.430 casas. Con el correr del tiempo, las viviendas que albergaban a familias numerosas han dado paso a unidades más pequeñas y, en promedio, el número de personas por casa descendió a 2,61.

La población envejece gradualmente. Se estimó que en 1995 tan solo 6,8% tenía 5 años de edad, 12,9% entre 5 y 14 años y 9,8% 65 años y más. También en 1995 la esperanza de vida era de 63,4 años para los hombres y de 78 años para las mujeres.

La tasa media de mortalidad infantil fue de aproximadamente 13 por 1.000 nacidos vivos durante el período comprendido entre 1992 y 1995. La tasa bruta de mortalidad ha rondado en torno de 8 por 1.000 en el mismo período.

Mortalidad

Entre 1991 y 1995 se registró en Bermuda un total de 2.388 muertes, lo que representó una media anual de 478 defunciones.

En conjunto, el porcentaje medio de muertes por grandes grupos de causas durante el período 1991–1995 puso de manifiesto que las enfermedades del sistema circulatorio fueron las más frecuentes (40,9% de los casos), seguidas por los tumores (26,1%). Entre las enfermedades del sistema circulatorio

rio, las causas de muerte más frecuentes fueron la cardiopatía isquémica (23,7%) y la enfermedad cerebrovascular (9,9%). Los sitios más comunes de los tumores fueron el pulmón, el colon y la mama femenina. Las causas externas representaron 4,5% de las muertes; las enfermedades transmisibles, 4,3%, y las afecciones originadas en el período perinatal, 2,2%. Las muertes se distribuyeron en forma pareja en función del sexo, salvo en el caso de las causas externas, por las que murieron casi cuatro veces más hombres que mujeres, y en el de las enfermedades transmisibles, que provocaron la muerte del doble de mujeres que de hombres.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño y del adolescente

La tasa de mortalidad infantil en Bermuda es baja (en promedio fue de 11 por 1.000 nacidos vivos en el período 1991–1995) y prácticamente la totalidad de las defunciones en este grupo de edad fueron provocadas por afecciones originadas en el período perinatal. Durante este período no se registraron muertes de niños provocadas por enfermedades transmisibles; por otra parte, únicamente hubo tres muertes entre los niños de 1 a 4 años de edad y no se produjo ninguna en el grupo de 5 a 14 años. El 7% de los recién nacidos pesaban 2,5 kg o menos al nacer.

Las infecciones respiratorias fueron las principales causas de ingreso hospitalario de los lactantes y, junto con los accidentes, fueron también las causas más importantes de internación de los niños de 1 a 14 años.

La obesidad es un problema de salud pública en el grupo de 5 a 9 años de edad. Como la cobertura de inmunización ha sido sistemáticamente alta, es baja o inexistente la incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación. En 1995 la cobertura era de 80,5% para la vacuna antisarampionosa, de 90,7% para las tres dosis de vacuna oral contra la poliomielitis y de 93,7% para las tres dosis de DPT en el grupo de menos de 1 año.

La caries dental ha disminuido en el último decenio y la salud oral de los niños es en general excelente. Esta situación se atribuye fundamentalmente al programa de atención odontológica preventiva, en virtud del cual se pueden hacer enjuagues con fluoruro gratuitamente. El programa, al que se accede voluntariamente, en especial en las escuelas, ha mantenido altas tasas de participación.

En los jóvenes de 15 a 19 años de edad, los accidentes fueron la principal causa de muerte y, junto con el embarazo y las enfermedades de las vías respiratorias, una de las causas más importantes de ingreso hospitalario.

La salud del adulto

En 1995 aproximadamente 57% de la población tenía entre 25 y 64 años. Las causas de mortalidad y morbilidad más importantes en este grupo de edad eran las enfermedades crónicas, los accidentes y la violencia y el sida. La mortalidad en este grupo de edad, particularmente entre los hombres, ha aumentado en los últimos 10 años como consecuencia del sida y la infección por el VIH. El sida fue la causa principal de muerte en el grupo de 35 a 44 años de edad. Para las personas de 50 a 64 años, las principales causas de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio, el cáncer y las enfermedades del aparato digestivo.

Los indicadores de la salud materna son buenos. En 1995, más de 95% de las mujeres embarazadas recibieron atención prenatal, 99% fueron completamente inmunizadas contra el tétanos y la totalidad de los nacimientos se produjeron en hospitales.

La salud del adulto mayor

El grupo de 60 años y más es el segmento de la población del país que crece con más rapidez. Las causas principales de muerte e ingreso hospitalario en este grupo son las enfermedades del sistema circulatorio, el cáncer, las enfermedades del aparato digestivo y los trastornos del sistema respiratorio. Los beneficios de la seguridad social para las personas de 65 años y más comprenden el seguro de salud. Están en marcha programas especiales para que las personas de edad avanzada puedan mantenerse independientes y activas el mayor tiempo posible.

La salud de los trabajadores y de las personas discapacitadas

Las reglamentaciones relativas a la salud de los trabajadores se aplican de conformidad con la Ley de Salud Pública, cuyo objetivo es garantizar la seguridad en los lugares de trabajo. Muchas mujeres ejercen cargos profesionales y no hay pruebas de que haya trabajo infantil.

El Gobierno ha puesto en marcha programas especiales con el propósito de que las personas con discapacidad puedan mantenerse activas, independientes y empleadas todo el tiempo posible.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles no son un problema de salud importante. Aunque en 1990 se registraron tres casos

importados de malaria, no hubo ninguno a partir de 1992. Jamás han sido notificados casos de dengue o fiebre amarilla y los últimos casos registrados de rubéola (que fueron cuatro) se produjeron en 1992.

El sida es un importante problema de salud. Desde 1982, año en que fue notificado el primer caso, se han registrado 339 casos y 269 muertes.

Se notificaron tres casos de tuberculosis en 1991 y siete en 1992.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen los problemas de salud más importantes. Las enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer son las causas principales de ingreso hospitalario y de muerte. La cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular son las causas de muerte más importantes entre las enfermedades del sistema circulatorio. Entre los tipos de cáncer más frecuentes se encuentran el de mama femenina, pulmón, colon y estómago.

Los accidentes son la principal causa de muerte en el grupo de 15 a 34 años y los más importantes de esta categoría son los accidentes con vehículos automotores; la cantidad de hombres afectados es desproporcionadamente alta.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La política sanitaria del Gobierno hace hincapié en la salud materno-infantil, la salud de los niños en edad escolar, la atención comunitaria de las personas de edad avanzada, la salud oral, el control de las enfermedades transmisibles, la salud mental, el abuso de alcohol y el uso indebido de drogas. La política de salud pública se basa en los siguientes principios: el Estado debe constituir un recurso al que se pueda recurrir en última instancia y tiene la obligación de garantizar la salud pública; todos los residentes deben tener posibilidades de participar en la determinación de las prioridades del sistema de atención de salud y tanto los individuos como la comunidad y el Estado comparten la responsabilidad de mantener la salud pública y de asegurar que estén dadas las condiciones necesarias para que cualquier persona pueda mantener y mejorar su estado de salud.

Como respuesta a la preocupación de la comunidad por la escalada de los costos de la atención de salud y por su calidad en las islas, el Gobierno emprendió en 1993 un profundo examen del sistema y los prestadores, los usuarios, el Gobierno y las compañías de seguros se reunieron para examinar los cos-

tos, la financiación y la calidad de la atención de salud y para evaluar las necesidades emergentes.

Probablemente los médicos generales sigan haciendo las veces de "guardabarreras" que controlan el acceso a la atención especializada; el Gobierno, en un esfuerzo por hacer frente a los costos crecientes de la atención de salud, procurará llegar a acuerdos más firmes con los prestadores preferidos del exterior (los Estados Unidos y el Canadá) para proporcionar atención terciaria y, en parte, también secundaria. Los aseguradores hacen frente a una mayor presión para ampliar la cobertura y aumentar los beneficios que ofrecen, particularmente en relación con el tratamiento de las adicciones y los servicios de prevención.

Tanto el Servicio de Salud Pública como el Consejo Directivo de los Hospitales del país han examinado la posibilidad de prestar servicios ambulatorios adicionales y de conseguir una integración más eficaz de los servicios comunitarios existentes, en especial de los relacionados con la atención de las personas de edad avanzada.

Organización del sector salud

El sistema de atención de salud de Bermuda comprende los sectores público y privado. El Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Vivienda se encarga de todo lo relativo a la salud en el país. Tiene la misión de promover y proteger la salud y el bienestar de quienes residen en las islas y se ocupa de garantizar la provisión de servicios de atención de salud, de establecer normas y de coordinar las actividades que se desarrollan dentro del sistema de atención. También determina la política de salud pública y pone la información correspondiente a consideración del Gabinete. Además se encarga de la planificación y la evaluación de la salud. No hay ningún organismo de planificación central.

El Ministerio comprende diversos departamentos y oficinas, como la sede del Ministerio, el Departamento de Salud, el Departamento de Servicios para el Niño y la Familia, el Departamento de Prisiones, el Departamento de Asistencia Financiera y la Corporación de la Vivienda. En la sede del Ministerio se coordina y controla la actividad de los departamentos ministeriales; cada departamento es responsable de su propio funcionamiento, bajo la dirección de su jefe o director y la supervisión del Secretario Permanente.

El Ministerio también está a cargo de los hospitales insulares, que están administrados por el Consejo Directivo de los Hospitales del país, un organismo de derecho público cuyos miembros son designados por los Ministros. El Ministerio proporciona servicios de salud pública por conducto del Departamento de Salud.

En los consultorios médicos privados, los centros de salud públicos y los servicios ambulatorios de los hospitales se

presta atención primaria de salud. El sector privado proporciona una parte considerable de esta atención primaria. En dispensarios especializados y en las salas de urgencias de los hospitales se brindan servicios adicionales de atención ambulatoria.

La responsabilidad de proporcionar servicios de salud pública recae en el Departamento de Salud; es parte de sus funciones prestar servicios de prevención y control de las enfermedades y de promoción de la salud. El Departamento también hace las veces de organismo fiscalizador; controla la seguridad alimentaria y la calidad del agua y del ambiente, y suministra diversos servicios de salud pública que incluyen la salud personal, la salud oral y el saneamiento del medio ambiente.

El servicio de salud pública dirige diversos programas, que comprenden esferas como la salud materno-infantil, la higiene escolar, la inmunización y la lucha contra las enfermedades transmisibles. También se encarga de la atención domiciliaria, que prestan las visitadoras de salud y las enfermeras distritales, entre otras personas, y de la atención especializada seleccionada, que abarca, por ejemplo, el cuidado de los pacientes con sida y los programas de rehabilitación, educación en salud y promoción de la salud. El país está dividido en tres regiones sanitarias y el Departamento se encarga de que funcione un centro de salud en cada una de ellas. En estos centros se ofrece atención prenatal, servicios de planificación de la familia, inmunización, salud infantil y otros servicios de atención primaria, así como atención odontológica para los niños.

Las instituciones de beneficencia privadas, con la ayuda del Gobierno, proporcionan ciertos servicios especializados tales como los de asistencia oncológica comunitaria y los personales para individuos infectados por el VIH.

Servicios de salud y recursos

Organización y funcionamiento de los servicios de salud

Funcionan en Bermuda dos hospitales: el Hospital King Edward VII Memorial, un hospital general con 234 camas, a las que hay que añadir otras 90 para geriatría y rehabilitación, y el Hospital de Saint Brendan, un hospital de psiquiatría con 166 camas. Un director ejecutivo está a cargo de la administración de cada hospital, ayudado por varios funcionarios superiores y un comité que representa a los médicos que forman el personal. No hay hospitales privados en el país.

El Hospital King Edward VII Memorial brinda servicios de diagnóstico y terapéuticos, que incluyen medicina general, cirugía, pediatría, obstetricia y ginecología, rehabilitación y geriatría. También proporciona algunos servicios especializados e intensivos, que comprenden oncología, medicina general, cirugía y terapia intensiva, así como diálisis renal. Funcionan en el hospital, además de consultorios de atención especiali-

zada y ambulatoria, una sala de atención primaria para pacientes indigentes. Se está organizando una unidad de atención neonatal. Ambos hospitales son objeto de visitas periódicas del Consejo Canadiense de Acreditación para el Reconocimiento de Hospitales, en las que se convalida la competencia de sus servicios.

El promedio de días de estancia en el hospital general fue de 8,7 en 1993 y por varios años esta cifra no ha variado mucho. Ese mismo año el porcentaje de ocupación fue de 75% y la atención brindada abarcó 63.905 días-paciente.

Aunque en Bermuda no hay hospitales de envió secundario o terciario, se han establecido vínculos con los Estados Unidos, el Reino Unido y el Canadá para brindar atención terciaria.

Psiquiatras, psicólogos, un asistente social especializado en psiquiatría y especialistas en bienestar mental que trabajan en el Hospital de Saint Brendan proporcionan servicios de salud mental. Este hospital brinda tratamiento a las personas mentalmente enfermas o discapacitadas. También administra un hospital diurno y un dispensario donde se presta tratamiento ambulatorio, suministra servicios comunitarios y funciona como casa de convalecencia. Un solo psiquiatra trabaja en forma privada; todos sus colegas son empleados del Consejo Directivo de los Hospitales.

Este Consejo y el Gobierno prestan servicios de atención a largo plazo. Se brindan servicios de atención de enfermería en la Lefroy House, que cuenta con 57 camas, y servicios de extensión hospitalaria en el hospital general, que dispone de 90 camas. Desde 1991 funciona un hospicio para enfermos terminales que proporciona asistencia a pacientes con sida, entre otros. Lo administra el Consejo Directivo de los Hospitales y está parcialmente subvencionado con fondos públicos. Hay 11 internados para ancianos, en los cuales se brinda atención de enfermería, además de alojamiento y comida y asistencia limitada en materia de servicios personales. La mayor parte de estos servicios están financiados parcialmente con fondos públicos.

Recursos humanos

En 1995 había en el país 94 médicos en práctica activa, lo que equivale a un médico por 637 habitantes: de ellos, 25 eran médicos generales, seis trabajaban en salud pública y medicina preventiva y los restantes eran especialistas.

Hay 27 dentistas, entre los cuales trabajan periodontistas, ortodontistas y otros especialistas; cinco de los dentistas generales trabajan en el servicio de salud pública. Esta situación equivale a un dentista por 2.174 habitantes.

En 1995 las enfermeras prácticas con licencia eran 689; entre ellas había enfermeras diplomadas, habilitadas y especializadas en psiquiatría. Más de 75% eran enfermeras diplomadas y la mayoría trabajaba en los distintos hospitales.

El resto del personal de salud está formado por diversos especialistas, entre los cuales cabe mencionar a 15 fisioterapeutas, 40 tecnólogos de laboratorio médico, 23 técnicos de radiografía, 15 terapeutas ocupacionales, 9 nutricionistas y dietistas y 7 terapeutas de la palabra y el lenguaje.

La mayoría de los médicos y dentistas trabajan como profesionales independientes en el sector privado. La mayoría de los demás prestadores de atención de salud están empleados como asalariados en los hospitales y el servicio de salud pública o a las órdenes de médicos particulares. Se realizan unas pocas prácticas en las que se combinan diversas especialidades y se han formado unas cuantas asociaciones de especialistas.

Hay 38 farmacéuticos que proporcionan servicios que abarcan desde la farmacia minorista hasta la farmacología clínica. La mayoría de los farmacéuticos son empleados asalariados.

Gasto y financiamiento sectorial

El sistema de atención de salud se financia mediante diversos mecanismos. El asegurador, algún organismo estatal o los consumidores pagan los servicios de salud. La financiación de los hospitales comprende pagos del seguro y subsidios del Estado. Aunque no hay un seguro de salud universal, financiado con fondos públicos, el seguro de hospitalización es obligatorio para todos los empleados y los trabajadores autónomos. La cobertura del seguro es casi universal y algunas personas están aseguradas con más de un prestador. Tanto empleadores como empleados contribuyen por igual al pago de las primas del seguro. La administración del Seguro Hospitalario está a cargo de la Comisión del Seguro Hospitalario, que fiscaliza la venta de seguros por parte de las empresas privadas y los organismos públicos. Todas las pólizas deben estipular una serie mínima de beneficios, que se conocen con el nombre de Beneficios Hospitalarios Estándar.

Los empleados de la administración pública están asegurados por el Sistema de Seguro de Salud para Empleados Públicos y algunos de los principales empleadores manejan "sistemas autorizados" para dar cobertura a sus empleados. La Comisión del Seguro Hospitalario también patrocina un plan de seguro de salud, que garantiza el acceso al seguro de salud (hospitalización) a toda persona que resida en Bermuda, permitiéndole que todos los años ingrese libremente durante un lapso determinado.

El Fondo Mutual de Reaseguro cubre la diálisis, los trasplantes renales, la educación y el asesoramiento para diabéticos, la administración de fármacos para prevenir el rechazo de injertos, la atención en hospicios y la prolongación de la internación hospitalaria de los pacientes que la requieran. Se financia con un gravamen forzoso que se cobra junto con las primas de los seguros y que fue implantado para que el costo de las demandas de las personas muy vulnerables se repartiera entre todos los aseguradores. La Comisión de Seguros también administra el Fondo. Se brinda internación hospitalaria gratuita a los niños y las personas de edad avanzada; este beneficio se financia mediante un subsidio estatal al Consejo Directivo de los Hospitales de Bermuda.

En general, los servicios de salud pública son gratuitos o se proporcionan a un costo módico; se financian con cargo a los ingresos generales.

El método que predomina para remunerar a los médicos y dentistas es el pago de honorarios por los servicios prestados. No hay restricciones para los pagos directos de los consumidores a los prestadores y los médicos pueden facturar a sus pacientes los costos que superen el reembolso normal del seguro o la tarifa convenida. Para los servicios que prestan los médicos en los hospitales rige una tarifa que se establece todos los años por acuerdo entre la Sociedad Médica de Bermuda y la Asociación de Seguros de Salud de Bermuda. El Gobierno determina los aumentos globales de los pagos directos que se hacen en los hospitales y regula la adquisición de los principales equipos y servicios.

BOLIVIA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Bolivia tiene un territorio de 1.098.581 km²; 25% de la superficie corresponde a la zona del Altiplano y la Cordillera de los Andes, 15% a los valles interandinos y 60% a los llanos. El 45% de la población nacional vive en el Altiplano, 30% en los valles y 25% en los llanos. La organización social, el acceso a bienes y servicios y el perfil de la morbilidad y la mortalidad son distintos en estas tres regiones. El país se divide en nueve departamentos, pero la autonomía regional es incipiente.

En 1995 la tasa de crecimiento del producto interno bruto (PIB) fue de 3,7%, el déficit fiscal se redujo en 2% del PIB y la emisión monetaria disminuyó de 36,7% a 20,8% en un año. Sin embargo, la inflación anual aumentó de 8,5% a 12,6%, debido sobre todo al incremento del precio internacional de los productos básicos importados y al desabastecimiento local causado por una intensa sequía que perjudicó la producción agrícola de ese año. Ambos factores alteraron la cuenta corriente, al crecer más las importaciones (19,9%) que las exportaciones (5,7%). El peso de la reforma y el ajuste estructural afectaron en particular a los sectores más empobrecidos, incrementándose la población en condiciones de pobreza y marginalidad social; asimismo, disminuyeron los sectores campesino y minero, a la vez que creció el sector informal de la economía.

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1992, Bolivia tenía 6.420.792 habitantes y la población estimada para 1995 era de 7.413.834 habitantes. En el período intercensal 1976–1992, la tasa de crecimiento anual medio de la población fue de 2,11% (2,05% en 1950–1976). El mayor crecimiento poblacional se registró en Santa Cruz (4,16%), Beni (3,16%) y Tarija (2,82%). Potosí ha perdido población a un ritmo de 0,12% anual y se han poblado preferentemente los departamentos del centro y oriente del país, a expensas de las

regiones del Altiplano. La densidad poblacional era de 5,84 habitantes por km², con una amplitud de 0,6 (Pando) a 19,9 (Cochabamba). La esperanza de vida al nacer en 1992 era de 61 años para las mujeres y 58 para los varones. Tres zonas metropolitanas (La Paz, Santa Cruz y Cochabamba) albergaban a 36,2% de la población nacional y otras 112 ciudades a 21,3%; en consecuencia, en 1992 la población urbana (localidades con más de 2.000 habitantes) alcanzaba a 57,5% de la población total. Los menores de 15 años representaban 42% de la población y los mayores de 64, aproximadamente 4%. En la zona urbana estas cifras fueron de 39% y 4%, y en la rural de 44% y 6% respectivamente. La población femenina correspondió a 50,6% del total. La tasa global de fecundidad fue de 5 hijos por mujer, lo que representa un descenso de más de 1 hijo en el último decenio; la tasa varió entre 4,2 hijos por mujer en la zona urbana y 6,3 en la rural. La población indígena, estimada en más de 3,6 millones, comprende 35 grupos étnicos, con fuerte presencia quechua y aymará, especialmente en las ciudades de Potosí, Oruro, Sucre, El Alto, La Paz y Cochabamba.

En 1992, 70% de 1.322.512 hogares bolivianos fueron considerados pobres (51% de los urbanos y 94% de los rurales) y no tenían acceso adecuado a los servicios básicos de educación, salud y vivienda; 37% se encontraban en una situación de pobreza extrema (32% en condiciones de indigencia y 5% de marginalidad), 13% estaban en el umbral de la línea de pobreza, con un mínimo nivel de satisfacción de sus necesidades básicas, y solo 17% podían satisfacer sus necesidades básicas. En el ámbito departamental, la proporción de hogares pobres osciló de 58% en Santa Cruz a 81% en Pando. La población indígena monolingüe y los hogares encabezados por trabajadores del sector informal presentaban los niveles más acentuados de pobreza. Más de 70% de los hogares pobres tenían como jefe de familia a una persona que no había terminado la escuela primaria. Cerca de 70% de los niños menores de 9 años vivían en hogares extremadamente pobres y no asistían a la escuela. Estimaciones sobre los factores deter-

minantes de la pobreza indican que los indígenas tienen alrededor de 40% más de probabilidades de ser pobres; cada hijo adicional aumenta esta probabilidad en 6,5%; un jefe de hogar desempleado la incrementa en 14% y cada año adicional de escolaridad la reduce.

Según el censo de 1992, 19,8% de la población de 15 años y más era analfabeta (11,8% de los varones y 27,7% de las mujeres), lo que representa una disminución de 50% respecto del censo de 1976. En la zona rural, más de un tercio de la población (23% de los varones y 50% de las mujeres) era analfabeta. La tasa de asistencia escolar general (6 a 19 años) era de 74,3% (76,5% para los varones y 72,1% para las mujeres); en el primer tramo (6 a 14 años) alcanzó a 83,9%. Paulatinamente, la mujer participa cada vez más en la vida política y económica del país. En la asamblea legislativa del período 1993–1997, la representación femenina era de 3,7% en la Cámara de Senadores y 7,7% en la Cámara de Diputados. Solo 31,6% de los graduados universitarios eran mujeres; además, estas ganaban por término medio 30% menos que los hombres de similar nivel. La participación femenina en la actividad económica llegó a 39,9%. De cada 5 propietarios de tierra rural, solo uno es mujer.

Morbilidad y mortalidad

En 1993, las 10 primeras causas de morbilidad general fueron las enfermedades del aparato respiratorio (22%), las enfermedades infecciosas intestinales (16%), las enfermedades infecciosas y parasitarias y los efectos tardíos de las enfermedades parasitarias (3%), las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (1,6%), las enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo (1,4%), las enfermedades de los órganos genitales femeninos (1,4%), las enfermedades de la cavidad bucal (1,2%), la tuberculosis (0,7%), las causas obstétricas directas (0,4%) y las fracturas (0,2%). Apenas 20% de las defunciones son certificadas por un profesional de la salud.

En 1993, las principales causas de mortalidad hospitalaria fueron las enfermedades del aparato circulatorio (27%), las enfermedades del aparato digestivo (14%), las enfermedades del aparato respiratorio (7%), la enfermedad cerebrovascular (4%), las enfermedades del aparato urinario (3,5%), ciertas afecciones originadas en el período perinatal (3%), los traumatismos (2,5%), los tumores malignos (1,5%), la tuberculosis (0,6%) y las enfermedades de las glándulas endocrinas del metabolismo y trastornos de la inmunidad (0,6%).

Según el censo de 1976, la tasa de mortalidad infantil era de 151 por 1.000 nacidos vivos, valor que, de acuerdo con el censo de 1992, se redujo a 75 por 1.000 nacidos vivos. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1994 (ENDSA 94) confirmó esta tendencia. Sin embargo, la mortalidad infantil en la

zona rural (94 por 1.000 nacidos vivos) era aproximadamente 40% mayor que la de la zona urbana (58 por 1.000 nacidos vivos). Las diarreas y las infecciones respiratorias agudas ocuparon los primeros dos lugares como causas de mortalidad infantil. El análisis diferencial de la mortalidad infantil pone de manifiesto las diferencias entre los departamentos ricos y los pobres; los primeros corresponden al llamado eje central (La Paz-Cochabamba-Santa Cruz) y en ellos se concentran los asentamientos poblacionales y la actividad económica. En este grupo se incluyen Tarija y Chuquisaca, esta última con una situación más precaria. Quedan al margen los departamentos mineros de Oruro y Potosí y los amazónicos de Beni y Pando. En el período 1976–1992 las diferencias en cuanto a la mortalidad infantil en estos dos grupos se acentuaron.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

Según la ENSDA 94, la mortalidad infantil se redujo de 99 por 1.000 nacidos vivos en el período 1984–1989 a 75 por 1.000 en el período 1990–1994. La mortalidad infantil en la zona rural fue de 92 por 1.000 nacidos vivos y en la urbana, de 60 por 1.000 nacidos vivos. Entre 1984 y 1989 estas tasas fueron de 120 y 80 nacidos vivos, respectivamente. En la región de los valles se encontraron las tasas más altas (101 por 1.000 nacidos vivos). En el Altiplano la tasa fue de 96 por 1.000 nacidos vivos y en la región de los llanos, de 53 por 1.000. La tasa de mortalidad neonatal fue de 41 por 1.000 nacidos vivos y la posneonatal, de 34 por 1.000. La mortalidad en el grupo de 1 a 4 años de edad se redujo de 57 a 44 por 1.000 en el período referido. La mortalidad en la niñez en el período 1990–1994 fue de 116 por 1.000.

Según ENSDA 1994, 28% de los niños menores de tres años adolecían de desnutrición crónica (déficit de talla para la edad); este porcentaje fue 10 puntos menor que el notificado en la ENSDA 89. Uno de cada tres niños de las zonas rurales y uno de cada cinco de las urbanas padecían de desnutrición crónica. La prevalencia más alta de desnutrición crónica se encontró en el Altiplano (32%) y en los valles (30%); en los llanos fue de 18%. Según la misma fuente, 15% de los niños de madres con nivel de educación media o superior sufrían retardo en el crecimiento, en contraste con 46% de los hijos de madres sin educación. Por otro lado, la prevalencia de desnutrición aguda (déficit de peso para la talla) fue de 4,4% en los menores de 3 años, este dato fue más alto que el de la ENSDA 89 (1,6%). Los valores de desnutrición aguda en Chuquisaca (14,6%) y Potosí (10%) establecieron un promedio nacional más alto para 1994.

Los datos de prevalencia y duración de la lactancia materna recogidos en la ENDSA 94 mostraron que 22% de los niños tomaron el pecho dentro de la primera hora luego del nacimiento y 62% dentro del primer día. Tres departamentos presentaron bajos niveles de lactancia al concluir las primeras 24 horas de vida: Beni y Pando (44%) y Chuquisaca (51%). El 61% de los menores de 2 meses recibieron lactancia exclusiva; a los 4 meses solo lactaban 25% de los niños. Sin embargo, entre los 10 y los 11 meses, 80% de los niños siguieron lactando, aunque no exclusivamente, y al cumplirse los 24 meses el porcentaje de lactantes aún era de 30%.

La salud del adolescente

La edad mediana de las mujeres en el momento de su primer parto es 21,2 años. El 18% de las mujeres entre 15 y 19 años de edad ya han tenido un hijo o están embarazadas por vez primera. A los 19 años de edad, 37% de las mujeres son madres y 9% ya tienen dos o más hijos. Las tasas de fecundidad específicas disminuyeron en los últimos 30 años en todos los grupos de edad, excepto en el de 15 a 19 años, donde se mantuvo sin variación, incrementando con su peso relativo la fecundidad general del país. Se estima que para el año 2000, 13% de los nacimientos ocurrirán en adolescentes. Existe la tendencia a la unión en la temprana adolescencia (2,7% de las uniones se produce antes de los 15 años) y al inicio precoz de la actividad sexual (91% antes de los 18 años en las zonas rurales y 84% en las urbanas). Existe también un escaso uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres adolescentes (5,7%). La atención de la salud entre los adolescentes es insuficiente, sobre todo en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva. La reforma educativa incluye temas de educación sexual en los planes de estudio escolares.

La salud del adulto

Según la ENDSA 94, la fecundidad descendió 26% en los últimos 5 años; de acuerdo con los niveles actuales de reproducción, las mujeres tendrán 4,8 hijos en promedio frente a 6,5 a principios de los años setenta. El 62% de las mujeres de 15 a 49 años viven en unión conyugal, y de estas, cuatro quintas partes están casadas; el matrimonio es la forma más común de iniciar una vida en pareja. No hay un conocimiento generalizado sobre métodos anticonceptivos, si bien este ha mejorado. En 1994 tres de cada cuatro mujeres habían oído hablar de métodos modernos de control de la fecundidad, en contraste con dos de cada tres en 1989; además, 64% declararon conocer la píldora y el dispositivo intrauterino (DIU), en comparación con 54% en 1989. El conocimiento de la esterilización siguió en los niveles de 1989 (54%), pero la mitad de

las mujeres que vivían en pareja conocían el condón frente a 29% en 1989. El dispositivo intrauterino fue el método moderno más usado en 1994. La mayor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se encuentra entre las mujeres con mayor nivel de instrucción que residen en las zonas urbanas y, en el nivel departamental, en Tarija y en Santa Cruz, donde alrededor de 55% de las mujeres usaban métodos anticonceptivos, 60% de los cuales eran modernos.

La ENDSA 94 indicó que la mortalidad materna promedio se mantuvo constante: de 416 muertes por 100.000 nacidos vivos en el período 1984–1989 a 390 en el quinquenio 1990–1994. En el Altiplano se estimó en 602 por 100.000 nacidos vivos, más del doble que en los valles (293) y casi seis veces mayor que en los llanos (110). La mortalidad materna urbana fue de 274 por 100.000 nacidos vivos y la rural de 524; en la zona rural del Altiplano llegó a 887 por 100.000 nacidos vivos. Solo la mitad de las gestantes recibió cuidados prenatales por personal capacitado (médico, enfermera, auxiliar de enfermería); 47% no recibió atención prenatal alguna. Solo 50% de las mujeres recibieron la vacuna antitetánica y apenas 60% en los departamentos del llano, que son los de mayor cobertura. Hay una elevada proporción de partos domiciliarios (57%), 40% de los cuales ocurren sin atención profesional. Las causas de muerte materna son, en orden de importancia, hemorragia, toxemia, infección y parto obstruido. Entre ellas, el aborto tiene un peso estimado de 27% a 35%.

En 1992 los mayores de 60 años censados representaban 6,1% de la población. Muchos de ellos aún trabajaban. La tasa de mortalidad estimada en los mayores de 65 años fue de 7,8 por 100.000 habitantes (8,2 en los varones y 7,4 en las mujeres). Las políticas estatales de protección a la ancianidad no son explícitas y los planes y programas de salud en este grupo de edad no tienen prioridad.

La salud de los trabajadores

En 1994, la población económicamente activa (PEA) (10 y más años de edad) representaba 59% (3.921.236 habitantes) de la población total, 42% estaba ocupada en la agricultura. La participación femenina en la PEA ha ido en aumento; en 1992 representaba 39%. Se estima que 8% de la PEA tiene de 7 a 14 años de edad. La PEA desocupada fluctúa entre 9% y 24% y la ocupada trabaja tanto en el sector formal como en el informal. El Instituto Nacional de Estadísticas estima que 1.366.060 personas trabajan en el sector informal. De las 125.853 unidades económicas registradas en la segunda Encuesta Nacional de Establecimientos Económicos (1992), 81% tenían menos de cinco empleados.

No hay información confiable sobre accidentes ocupacionales: de ocho cajas existentes, solo la Caja Nacional, que cubre aproximadamente a 80% de los trabajadores asegurados, noti-

ficó 1.085 trámites por año por algún tipo de incapacidad laboral. Entre 15.000 trabajadores expuestos, las enfermedades profesionales más prevalentes fueron las silicosis (7,6%) y las silico-tuberculosis (1,4%). Hasta los años ochenta, cuando se inició la caída de la minería tradicional, la prevalencia notificada en 67.000 trabajadores expuestos era cercana a 24%. A los riesgos ocupacionales derivados de la minería y otras actividades extractivas se han agregado los de la agroindustria y los de las industrias metalmeccánica, metalúrgica y petrolera (sobre todo la gasífera). Estudios sobre riesgos específicos establecieron valores de plomo en sangre superiores al valor límite en 48,5% de los trabajadores de las fundiciones y en 11,5% de los de plantas volatilizadoras; valores de mercurio en orina en 70,0% de los primeros, y valores de arsénico en orina en 53,2% de los trabajadores de las fundiciones y en 2,7% de los de las plantas volatilizadoras. En investigaciones realizadas entre 1989 y 1993 en trabajadores agrícolas expuestos en forma directa a plaguicidas organofosforados se calcularon índices de colinesterasa en sangre inferiores en 2,9% en el Altiplano, 7,0% en los valles y 8,8% en los llanos.

Solo 0,5% de los trabajadores del subsector agropecuario, de la caza y de la pesca tienen seguro médico; en contraste, en el subsector del transporte 30% cuentan con seguro de salud, en el de construcción 55%, en el de manufactura y comercio entre 86% y 90%, en los sectores educación y salud entre 90% y 100% y en el bancario-financiero, 100%. En términos económicos se estimó que el país pierde hasta 9,4% de su PIB por pago de costos directos e indirectos derivados de daños ocupacionales. La ley general del trabajo de 1938, que trata de los riesgos profesionales, estableció la protección del trabajador. La ley 16.998 de 1979 definió las instancias estatales responsables así como los derechos y obligaciones de empleadores y trabajadores. El Código de Seguridad Social fijó las normas y el manejo socioeconómico de las incapacidades y estableció el pago de renta a los lesionados y a sus derechohabientes en caso de fallecimiento del titular. Desde 1997 se han producido transformaciones en el subsector de la salud de los trabajadores a raíz de la aparición de las denominadas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) en la gestión de riesgos profesionales hasta el 2001, año en que la ley prevé la existencia de fondos de pensiones específicos para dicha gestión.

La salud de los indígenas

El Censo Indígena de Tierras Bajas (Oriente, Chaco y Amazonia) realizado en 1994 utilizó criterios de lengua, territorio y autoidentidad para identificar a los grupos indígenas. Existen tres grandes grupos lingüísticos: aymará, quechuas y guaraníes, integrados a su vez por 35 grupos étnicos con identidad cultural propia. Se estima que en el siglo XX se han extinguido nueve etnias.

El grupo aymará representa 23,5% de la población y comprende los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí. La mortalidad infantil en La Paz fue de 106 por 1.000 nacidos vivos; en todas las provincias aymarás de Oruro y Potosí se mantuvo entre 120 y 135 por 1.000 nacidos vivos. La desnutrición infantil grave y moderada en los niños menores de 5 años fue superior al promedio nacional en las provincias de Inquisivi, Tamayo y Omasuyos de La Paz. Las tasas más altas de fecundidad se registraron en Tamayo y Villarroel, con más de siete hijos por mujer. Más de 10% de la población aymará (a excepción de Murillo en La Paz y Cercado en Oruro) recurrió a la medicina tradicional, y en las provincias de Tamayo, Camacho, Muñecas y Aroma en La Paz y de San Pedro de Totora, Litoral y Nor Carangas en Oruro este porcentaje fue mayor que 30%. El acceso a los servicios de medicina occidental osciló de 11% a 65%, registrándose la cifra más baja en el norte de La Paz. La proporción más alta de población sin acceso a ningún tipo de servicios (más de 30%) se encuentra en las provincias de Los Andes, Pacajes y Pando en La Paz. Los que más recurren a la automedicación son los habitantes de Tamayo, Nor Yungas y Larecaja de este mismo departamento.

El grupo quechua representa 34% de la población y sus niveles de salud son los más precarios: 9 de las 10 provincias más pobres son quechuas; en el norte de Potosí, la periferia occidental y el sur de Cochabamba y en algunas provincias de Chuquisaca se encuentra la población más pobre. De las 36 provincias con población quechua, 23 tienen más de 20% de monolingües, porcentaje que llega a 89% en Charcas de Chuquisaca y a 60% en Arque de Cochabamba. En 20 provincias el nivel de analfabetismo supera el 40% y en 12 de ellas, más de 90% de la población tiene alguna carencia de servicios básicos. La mortalidad infantil supera la media rural en Iturralde de La Paz, Zudáñez y Azurduy de Chuquisaca, Charcas e Ibáñez de Potosí, y Ayopaya, Bolívar y Arque de Cochabamba. En algunos lugares la desnutrición infantil duplica la media nacional. El acceso a los servicios médicos es similar al de la región aymará. En provincias como Oropeza y Tomás Frías, 70% de la población accede a los servicios de salud, mientras que en otras como Tapacarí solo 11% tiene acceso a dichos servicios. La preferencia por la medicina tradicional es muy marcada, en especial en las provincias del norte de Potosí (85% de la población recurre a ella en Charcas, 70% en Ibáñez, 69% en Bilbao y 52% en Chayanta). Algo similar sucede en la periferia sur de Cochabamba, provincias Bolívar y Arque, donde más de 55% de la población opta por la medicina tradicional; en estas dos provincias se encuentra también el mayor porcentaje de personas que no tienen acceso a ningún tipo de servicio de salud (14% y 20%, respectivamente).

El grupo guaraní, con 33 etnias, comprende pueblos indígenas del Chaco y Oriente y su población asciende a 150.483 habitantes; los más numerosos son los chiquitanos (47.000), los guaraníes (36.900), los mojeños (6.600) y los movimas

(7.200). La población guaraní crece a un ritmo de 1,9% anual, frente a 0,1% anual de la población rural. La tasa de fecundidad fue de 8,5 hijos por mujer, mayor que el promedio para la zona rural (6,3). La mortalidad materna fue de 395 por 100.000 nacidos vivos, menor que la de la zona rural (458). El 90,5% de la población de tierras bajas no cuenta con luz eléctrica, solo 9% tiene agua potable y 51,2% no usa servicios sanitarios. El analfabetismo llega a 23%, con 30% en la población femenina y 37% en la zona rural. En el Oriente, 46,3% de los grupos familiares no tienen título de propiedad de sus tierras, 42,4% en el Chaco y 50% en la Amazonia.

Estas poblaciones se encuentran particularmente expuestas a las enfermedades transmisibles y también son más vulnerables a ellas. La incidencia de tuberculosis en estos grupos es de 5 a 8 veces más alta que la nacional; el cólera tuvo una elevada letalidad entre los weenhayek (matacos) y los guaraníes. Las enfermedades gastrointestinales, en especial la diarrea aguda, constituyen la primera causa de muerte en la infancia y en niños menores de 5 años, son más frecuentes y más graves y reciben menos atención médica. También las enfermedades inmunoprevenibles, en especial el tétanos neonatal y el sarampión, afectan con mayor rigor a los niños indígenas, cuyas coberturas de inmunización son más bajas que las de los niños de las zonas urbanas. Los embarazos a muy temprana edad y su elevado número, los espacios intergestacionales cortos, la condición de lactante durante gran parte de su vida reproductiva, la atención deficiente del parto y el escaso acceso a la planificación familiar incrementan significativamente el riesgo de muerte de la mujer indígena. Además, por razones culturales, en la mujer indígena la dependencia de los hombres y su sometimiento a ellos son mayores, lo que la lleva a enfrentar mayores niveles de violencia física y sexual, factores que, añadidos a su mayor riesgo reproductivo, la sitúan como un grupo de alta vulnerabilidad biológica y social.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. En 1996, la malaria alcanzó el nivel máximo de 64.012 casos en ocho de los nueve departamentos, seis de los cuales se encuentran en zonas de alto riesgo con transmisión permanente. Entre 1991 y 1996 el índice parasitario anual ascendió de 7,0 por 1.000 habitantes (19.031 casos) a 19,4. Las localidades de alto riesgo fueron 746 en 1993 y 2.124 en 1996, con incrementos entre 8,9% y 667%. En los departamentos de Tarija y Beni se notificaron 68% de los casos; 92% correspondieron a *Plasmodium vivax* y 8% a *P. falciparum*; los casos por este último aumentaron de 1.110 en 1991 a 4.164 en 1996. Se encontró 15% a 45% de resistencia a la cloroquina, principalmente en Ribe-

ralta y Guayaramerín en Beni y parte de Pando. En 1996 se notificaron 14 muertes por malaria en hospitales.

En cuanto a la enfermedad de Chagas, su principal vector, el *Triatoma infestans*, se encuentra en 60% del territorio (seis de nueve departamentos). Se estima una seroprevalencia general de 40% que en algunas zonas llega a 70%. Los índices de infestación por *T. infestans* son de 70% a 100% en las zonas rurales, 40% a 60% en las periurbanas y de 20% a 40% en las urbanas. La mortalidad estimada por causa de la enfermedad de Chagas es de 13% en la población total, 29% en los varones entre 24 y 44 años de edad y 22% en las mujeres del mismo grupo; en los niños, es de 26% a 46%, 32% por Chagas congénito. En 1993, el Instituto Nacional de Laboratorios detectó 5% y 51% de seroprevalencia en bancos de sangre de La Paz y de Santa Cruz respectivamente. En 1994 los bancos de sangre detectaron una seroprevalencia de 20,2% en 14.200 muestras tamizadas y en 1995, una de 13,7% en 14.579 muestras. Entre seropositivos, 15% a 28% presentó miocardiopatía chagásica y 16% desórdenes gastrointestinales. Se estima que la enfermedad de Chagas redujo en 25% la capacidad laboral, lo que significa 105.000 años de vida productiva perdidos y un costo económico para el país de US\$ 39.000.000. Bolivia participa en la Iniciativa del Cono Sur para la eliminación de la transmisión vectorial del *Trypanosoma cruzi*, basada en la aplicación de insecticidas de acción residual. De las 90.000 viviendas rociadas en toda la década, en 1996 se rociaron 35.000.

La leishmaniasis se distribuye en las zonas tropicales y subtropicales de La Paz, Beni, Pando, Santa Cruz y Cochabamba. Entre 1989 y 1996 se registraron 5.780 casos; 40% de ellos (2.310) en 1996, cuando 93,2% presentaron formas cutáneas y el restante 6,8% formas mucosas (únicamente en 1993 se notificaron formas viscerales en los yungas). El 65% de los casos ocurrieron en varones y 75% en los mayores de 15 años. En 1996, solo 55,2% de los casos diagnosticados fueron tratados con esquema completo y dosis adecuadas.

Desde 1975, año en que provocó siete casos y dos defunciones en San Joaquín, la fiebre hemorrágica boliviana permaneció silente hasta 1993, cuando se notificó un caso en la provincia de Mamoré. En 1994 se presentaron nueve casos con seis defunciones en la provincia Iténez. En 1996 hubo tres casos no mortales, siempre en el departamento de Beni.

El dengue se detectó mediante pruebas de laboratorio en enero de 1996 en Santa Cruz de la Sierra, con un total de 66 casos hasta enero de 1997 y circulación de los serotipos DEN I y DEN II. El 66% de los casos ocurrieron en mujeres y el 90% en mayores de 15 años. La enfermedad no se presentó en su forma hemorrágica. En 1996, el índice de infestación por mosquitos *Aedes* fue de 18%.

Persiste la transmisión de fiebre amarilla silvestre. Desde 1984, cuando se registraron 12 casos, se observa una tendencia ascendente que alcanzó a 107 casos en 1989, 50 en 1990 y 91 en 1991, seguida por una tendencia descendente, con

8 casos en 1994. En 1996 ocurrieron 30 casos, lo que señaló una nueva tendencia ascendente. Los casos ocurrieron en los departamentos de La Paz, Santa Cruz, Beni y principalmente Cochabamba. La enfermedad afectó preferentemente a los varones adultos, con una letalidad de 70%. Las campañas de vacunación se desarrollan en las zonas de riesgo, en general ante la presencia de un brote. Se protege también a los conscriptos movilizados a estas zonas.

En diciembre de 1996 se presentó un brote de 27 casos de peste en la localidad de San Pedro (Apolo, La Paz), con una tasa de ataque de 11%, una letalidad de 15% y una mortalidad general de 2%. El grupo más afectado fue el de 15 a 49 años de edad (73%). Una muestra de sangre resultó positiva para *Yersinia pestis*. Las acciones de control del brote incluyeron la administración de tratamiento con estreptomycinina y el rociado intradomiciliario con deltametrina.

Enfermedades inmunoprevenibles. En 1988 se presentó el último caso clínicamente confirmado de poliomielitis y en 1994 el último caso compatible. La tasa de notificación de parálisis flácida en los menores de 15 años (por 100.000) fue de 2,2 en 1993 y de 1,7 en 1994, 1995 y 1996. La cobertura de vacunación fue de 81% en 1993, de 82% en 1994, de 86% en 1995 y de 82% en 1996. En 1992 se produjo el mayor brote de sarampión de los últimos 10 años (4.937 casos). El programa de eliminación instrumentado consiguió elevar la cobertura de vacunación a 90% en 1997 y, consecuentemente, disminuir la cantidad de casos (16 en 1995 y 4 en 1996, por diagnóstico clínico). El tétanos neonatal ha disminuido desde 1992, año en que se presentaron 42 casos; en 1996 se notificaron 14 casos (0,1 por 1.000 nacidos). La cobertura de vacunación de las mujeres en edad fértil se elevó de 52% a 55% y en los niños menores de 1 año pasó de 77% a 82% entre 1992 y 1996. La difteria también disminuyó de 20 casos en 1992 a 1 caso en 1996. La tos ferina descendió de 284 casos en 1992 a 14 en 1996. La cobertura de vacunación supera el 80%. La seroprevalencia de hepatitis B en bancos de sangre fue de 1,1% en 13.276 muestras tamizadas en 1994 y de 1,5% en 13.295 muestras tamizadas en 1995.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. En 1992 se registraron 23.862 casos de cólera (349 por 100.000 habitantes), con una letalidad de 1,7%; en 1993, 10.290 casos (150 por 100.000 habitantes), con una letalidad de 2,5%; en 1994, 2.718 casos y en 1995, 3.136. En 1996 se notificaron 2.632 casos, con una letalidad de 2,4%. La mayor letalidad se observó en poblaciones de la zona rural de La Paz y Potosí, dispersas y con difícil acceso a los servicios de salud. El cólera afectó principalmente al grupo de 15 a 59 años, con un discreto predominio en los varones.

La prevalencia de enfermedades diarreicas en los niños menores de 3 años disminuyó de 36% (ENDSA 89) a 30%

(ENDSA 94). Se calculó un promedio de cinco episodios diarreicos por niño por año y se estimó en 7.900 el número de muertes anuales por esta causa en los menores de 5 años. La letalidad hospitalaria por diarrea en este grupo de edad fue de 5% en 1992 y de 4,8% en 1995.

Enfermedades crónicas transmisibles. La atención de la tuberculosis se sextuplicó entre 1993 y 1995, lo que pone de manifiesto el alto grado de prioridad que le han asignado las autoridades sanitarias; así, los establecimientos con programas de control (71% de cobertura de la red de servicios públicos) pasaron de 214 a 1.269. La cantidad de laboratorios diagnósticos aumentó de 127 en 1987 a 302 en 1995. Entre 1983 y 1995 el número de baciloscopias diagnósticas se cuadruplicó, pasando de 18.528 (0,2 por sintomático) a 81.252 (1,3 por sintomático), y en 1996 se llegó a 2,8 baciloscopias por sintomático respiratorio. El registro de casos de tuberculosis en todas sus formas descendió de 165 a 129 por 100.000 habitantes entre 1990 y 1995. En 1995, la incidencia de esta enfermedad fue de 116 por 100.000 varones y de 73 por 100.000 mujeres. La mayor notificación de casos se produjo en La Paz, Santa Cruz y Cochabamba; la tasa de curación fue de 76% en la cohorte de casos de tuberculosis pulmonar con tratamiento acortado y supervisado. Se encontró 5,8% de resistencia inicial a la isoniazida, 1,8% a la rifampicina y 4,4% a la estreptomycinina y 14,7%, 12,6% y 11,5% de resistencia adquirida, respectivamente. La letalidad se mantuvo en 4,5% desde 1988.

La lepra se distribuye en zonas rurales de Beni, Pando, Santa Cruz, Cochabamba, Chuquisaca, Tarija y La Paz. Entre 1989 y 1996 ocurrieron 3.793 casos, 71% en su forma multibacilar y 29% paucibacilares. En 1995 se detectaron 86 casos nuevos y en 1996, 32. Todos fueron en personas mayores de 15 años (60% en varones). En 1996 la tasa de detección fue de 5 casos por 100.000 habitantes con una prevalencia de 110 por 100.000 habitantes. Se ha adoptado el uso de la poliquimioterapia.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas siguen siendo la segunda causa de mortalidad y la primera de morbilidad en la infancia. La mortalidad proporcional por infecciones respiratorias agudas y neumonía disminuyó 30% entre 1989 y 1994 (de 28% a 20%). Según la ENDSA 94, 18% de los niños menores de 3 años presentaron síntomas de infecciones respiratorias agudas en las últimas dos semanas, 25% en niños de 6 a 11 meses de edad y 13% en menores de 6 meses. El 33% de los casos se presentó en los departamentos de Beni y Pando. Según estimaciones de la Dirección Nacional de Salud y Nutrición de la Mujer y el Niño, las infecciones respiratorias agudas causan anualmente unas 5.600 muertes en los menores de 5 años. La letalidad hospitalaria por neumonía en este grupo de edad, según el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), fue de 10% en 1992 y de 7,2% en 1995.

Rabia y otras zoonosis. Entre 1977 y 1994 se registraron 269 casos de rabia humana, de los cuales Santa Cruz y Cochabamba notificaron 71%. En 1995 se notificaron 8 casos y en 1996, 3. El 65% ocurrieron en varones y 55% en menores de 20 años. La transmisión canina es la predominante (91%). El 92% de los casos de rabia animal ocurrieron en perros, 2% en gatos y 6% en otros animales domésticos y silvestres.

En 1990, estudios sobre la teniasis realizados en centros neurológicos de Cochabamba detectaron por tomografía 107 casos de neurocisticercosis. En 1995, investigaciones de seroprevalencia de teniasis y cisticercosis llevadas a cabo en 25 localidades de alto riesgo encontraron 12% y 16,4% en Chuquisaca, 7% y 4,7 % en Potosí, 1% y 2,5% en Santa Cruz, 8,2% y 3,7% en Tarija, 7% y 7% en Cochabamba, 8% y 3% en La Paz y 0% de teniasis y de 5,1% a 5,8% de cisticercosis en Oruro, Cobija y Trinidad, respectivamente. Se realizaron jornadas de desparasitación con praziquantel. Se notificaron otras zoonosis como fasciolosis y fiebre aftosa.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Desde 1985, año en que se notificó el primer caso de sida, su número llegó a 123 en 1996, además de 111 casos de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El 92% de los casos ocurrieron en el grupo de 15 a 49 años de edad y 75% en varones. La transmisión sexual representó 92% de los casos, la sanguínea 6% y la perinatal 2%. Ocho de los nueve departamentos del país notificaron casos de infección por VIH/sida, con mayor frecuencia en Santa Cruz, La Paz y Cochabamba. Los bancos de sangre tamizaron 16.093 muestras en 1994, con una seroprevalencia de 0,02% y 14.227 en 1995, con una seroprevalencia de 0,03%.

La notificación de casos de sífilis en todas sus formas se está incrementando; la tasa de incidencia por 100.000 habitantes pasó de 44 en 1992 a 55 en 1995. Entre los 20 y 29 años de edad, 48% de los casos son femeninos. Los bancos de sangre tamizaron 13.334 muestras en 1994 y 14.092 en 1995, detectando una seroprevalencia de 2,4% y 1,3% respectivamente. La gonorrea alcanzó una tasa de 73 por 100.000 habitantes en 1995, frente a 30 por 100.000 habitantes en 1992. El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 29 años y 65% de los casos ocurrieron en varones.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Según información del Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, entre los períodos 1979–1981 y 1986–1988 se observó una tendencia a la reducción de la disponibilidad per cápita de calorías por día (de 2.082 a

1.987 kcal diarios). En 1994, las hojas de balance registraron 2.115 kcal por persona por día. Mediciones realizadas en 1994 y 1996 por un comité de expertos (el Consejo Internacional para la Lucha contra los Trastornos por Carencia de Yodo) encontraron un consumo de sal yodada de 91,6%, 25,02 $\mu\text{g}/\text{dl}$ de yoduria mediana en la población general y 4,5% de prevalencia de bocio en escolares. En relación con la deficiencia de vitamina A, un estudio en 979 niños de 12 a 71 meses de edad efectuado en 1991 encontró 11,3% de prevalencia de retinol sérico inferior a 20 $\mu\text{g}/\text{dl}$ (19,5% en la zona rural del Altiplano y 16,5% en la zona del llano) y 48,3% inferior a 30 $\mu\text{g}/\text{dl}$ (deficiencia marginal o subclínica). El control de esta deficiencia ha sido encarado por medio de la administración de cápsulas de 200.000 UI de vitamina A durante las campañas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). En 1992, un estudio del Instituto Boliviano de Biología de Altura en niños de 6 meses a 9 años de edad residentes en zonas altas mostró que la deficiencia de hierro, traducida en la presencia de anemia nutricional, presentaba una prevalencia de 14,6% a 42,6% a los 3.600 metros sobre el nivel del mar y de 23,3% a 67,2% a los 4.800 metros sobre el nivel del mar, con una prevalencia de anemia inversa a la edad.

Violencia familiar. En el período de un año (1992–1993), en las cuatro principales ciudades de Bolivia se registraron 21.500 denuncias de violencia contra la mujer; 73% de las cuales fueron por violencia doméstica. En casi todos los casos el agresor fue el varón (pareja o ex pareja de la mujer) y las formas de violencia fueron física (48% de las veces), psicológica y otras (42%) y sexual (10%). Desde 1994, la Subsecretaría de Asuntos de Género ejecuta el Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia contra la Mujer y en diciembre de 1995 el Congreso Nacional aprobó la Ley contra la Violencia en la Familia o Doméstica. Se ha puesto en funcionamiento una red de sistemas legales integrales y de brigadas de protección a la familia en las ciudades principales del país. Desde 1996 se ha registrado un aumento del número de denuncias, atribuible a la mayor sensibilización de la opinión pública al respecto. Debido a la índole delicada del tema, los datos existentes no siempre reflejan la realidad sobre el abuso sexual de niñas y adolescentes. Sin embargo, según información de la Subsecretaría de Asuntos de Género, de cada 10 mujeres víctimas de la agresión en Santa Cruz, al menos 2 fueron violadas, y en Cochabamba al menos 1 se encontró en esta situación.

Salud oral. Un estudio realizado en junio de 1995 por la entonces Secretaría Nacional de Salud en 2.666 niños de 6 a 15 años de edad en 128 escuelas de zonas periurbanas y rurales encontró un índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) igual a 7,6 (9,5 entre los 6 y los 9 años de edad y 6,9 entre los 6 y los 15 años). En el estrato de pobreza mode-

rada, el índice CPO-D fue de 4,5 en el valle, 7,3 en el Altiplano y 10,9 en el llano. El contenido promedio de fluoruro en agua fue de 0,29 ppm, inferior al valor recomendado. Una resolución ministerial le asignó un alto grado de prioridad al problema y puso en marcha el Programa de Fluoruración de la Sal.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La respuesta del Sistema Nacional de Salud se inscribe en los cambios introducidos por la Ley de Participación Popular promulgada en abril de 1994, que transfiere a los municipios la propiedad de la infraestructura de servicios de cada ámbito municipal y les delega la responsabilidad de su funcionamiento, los recursos financieros, que ahora se asignan sobre una base poblacional o per cápita y no discrecionalmente, y las tareas de mantenimiento y administración. Asimismo, la Ley de Participación Popular transfiere a los municipios la propiedad de los recursos financieros generados por la venta de servicios, establece la obligación de estos de elaborar en forma participativa con la población usuaria planes de desarrollo económico y social, incluidos los de salud, y crea un organismo encargado de fiscalizar las actividades y la utilización correcta de los recursos, denominado Comité de Vigilancia. La ley mantiene el financiamiento central de los recursos humanos y de los programas nacionales. Posteriormente, la Ley de Descentralización Administrativa transfirió la administración de los recursos humanos a las prefecturas de cada departamento, reiterando el financiamiento central.

La entonces Secretaría Nacional de Salud (SNS), que había sido incorporada al Ministerio de Desarrollo Humano, diseñó un modelo sanitario nacional dirigido a readecuar el sector salud al nuevo marco legal. Promulgado en 1996, este modelo se convirtió en el instrumento legal de reordenamiento del sector salud. En él se describía y caracterizaba al sistema público de salud como descentralizado y participativo y como una respuesta y un instrumento político, técnico, administrativo y popular del sector frente a la situación de pobreza y salud actuales. En el marco conceptual, el modelo planteaba que las políticas y planes de salud debían enmarcarse en el concepto de desarrollo humano y que Salud debía coordinar sus acciones con Educación, incorporando las variables de género, etnia, generación, urbanismo y lucha contra la pobreza, entre otras. En el plano operativo, el modelo sanitario definía la estructura y organización del Sistema Nacional de Salud, las formas de gestión y las responsabilidades de los distintos actores en la producción social de la salud.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El modelo sanitario definía el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de entidades públicas y privadas regidas por la entonces Secretaría Nacional de Salud, que realizaban actividades vinculadas con la salud. En él se incluían el sistema público de salud, la seguridad social, las entidades privadas con y sin fines de lucro, las entidades religiosas y la medicina tradicional.

En 1998 el Ministerio de Salud y Previsión Social diseñó un nuevo modelo sanitario en el que se caracteriza al Sistema Boliviano de Salud como un sistema con acceso universal basado en la atención primaria y se incorporan los enfoques de género e intercultural. En el plano operativo, el nuevo modelo establece las modalidades de atención, de gestión y económico-financiera. El Sistema Boliviano de Salud se define como un sistema accesible, eficiente, solidario, de calidad sostenible y con múltiples prestadores.

El sistema público de salud. Descentralizado, participativo y financiado con fondos públicos, el sistema público de salud tiene la misión de proveer servicios médicos con criterios de universalidad en el acceso, solidaridad y eficiencia, y de acuerdo con las características y necesidades de la población. Está constituido por una red de servicios administrada local y conjuntamente por la comunidad, el gobierno departamental y el gobierno municipal. Esta red de servicios está organizada en tres niveles de atención. El primer nivel comprende 896 centros de salud y 1.210 puestos de salud, con 2.276 camas para la atención de partos normales e internamiento de urgencia. En él se incluye la medicina tradicional. El segundo nivel abarca la internación hospitalaria básica y la consulta especializada en los 63 hospitales de distrito, con 1.717 camas. El tercer nivel comprende la atención altamente especializada de consulta u hospitalización e incluye 81 hospitales generales con 5.277 camas, 29 hospitales especializados con 2.071 camas (los de la seguridad social y los psiquiátricos incluidos) e institutos nacionales de referencia y apoyo técnico.

Las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación se desarrollan en toda la red y en todos los niveles, de acuerdo con su capacidad de resolución de las necesidades de la población y de los programas y estrategias definidos localmente en el proceso de planificación-programación participativa.

Esencialmente, el sistema cuenta con dos tipos de gestión: sectorial y compartida. Se entiende por gestión sectorial la administración del conjunto de acciones relacionadas con la definición y administración de las políticas, planes y programas para la prestación de los servicios de salud. La gestión

compartida es el ejercicio de la responsabilidad común en el nivel local para la administración de los servicios de salud en un municipio dado. Esta gestión se realiza por medio de los Directorios Locales de Salud, instancia de gestión compartida encaminada a la concertación, negociación y coordinación para la conducción y adecuado desarrollo del sistema de salud municipal. Cada uno de ellos está presidido por el gobierno local (que provee infraestructura y funcionamiento) e integrado por un representante sectorial de salud (de la prefectura, que provee los recursos humanos) y un representante de los usuarios o de la comunidad organizada (que aporta el control social y contribuye con el pago de aranceles al financiamiento global del sistema de salud local, de allí la necesidad de compartir la gestión).

Las organizaciones no gubernamentales (ONG) y la Iglesia tienen una importante presencia en la prestación de servicios de salud mediante un convenio marco de carácter nacional entre el Ministerio de Hacienda y la Secretaría Nacional de Salud y, a nivel local, mediante la suscripción de un convenio específico con cada Directorio Local de Salud, a través de los cuales las ONG pueden relacionarse directamente con los gobiernos locales.

Los proveedores de medicina tradicional pueden organizarse dentro de cada establecimiento de salud o en el nivel del municipio, o bien practicar en forma autónoma como subsector privado. No existen restricciones legales a esta práctica y los Directorios Locales de Salud poseen la autonomía para incorporarlos a la red pública de atención, como ocurre en el caso de las parteras. No obstante, ha sido difícil su integración a la red pública. En general, las encuestas demuestran que el sector público atiende en forma regular a 40% de la población nacional.

Los seguros de salud. Además del sector estrictamente público existen seguros de salud que atienden a los trabajadores asalariados, organizados dentro de los esquemas de financiamiento tradicionales de la seguridad social. Sin embargo, estos seguros están separados de los programas de pensiones y representan 20% de la cobertura poblacional, con un crecimiento de cobertura muy lento o negativo en los últimos años. Existen ocho cajas de salud y dos seguros integrales con régimen especial. Los beneficios y la calidad de la atención varían de una a otra caja. El principal proveedor y gestor en este tipo de esquema es la Caja Nacional de Salud, con 85% de la cobertura de la seguridad social del país y cuyo principal asegurador es el Estado boliviano. El esquema de seguros de salud no cubre a los trabajadores informales, independientes o migratorios, ni a los campesinos, los transportistas, las amas de casa, las empleadas domésticas, los mineros cooperativistas y el personal de microempresas; todos ellos deben ser cubiertos por el subsector público. La atención ambulatoria se efectúa por consulta externa en los hospitales

de las diferentes cajas y dispensarios de este subsector, que es básicamente autónomo y está coordinado por la Secretaría Nacional de Salud a través de una de sus Subsecretarías y por el Instituto Nacional de Seguros de Salud, que cumple funciones de supervisión y normalización. Su red de servicios es bastante amplia; cuenta con alrededor de 9.300 funcionarios y una capacidad tecnológica apropiada. Se centran en la atención hospitalaria y en la población urbana (solo cubren a 4% de la población rural), realizan pocas actividades de promoción de la salud y no cuentan con mecanismos de participación de los usuarios en la gestión o planificación.

El subsector privado. Está constituido por organizaciones empresariales e individuales, formales e informales con y sin fines de lucro, y con financiamiento y administración privados. La Secretaría Nacional de Salud y otras instancias de gestión del sistema público, junto con otras dependencias del Estado, tiene la responsabilidad de regular su funcionamiento y asegurar que presten servicios seguros y eficaces y cuenten con personal calificado. El subsector privado está integrado por:

- Servicios privados con fines de lucro. Se incluyen aquí las prestaciones de atención médica, los insumos, los servicios de apoyo diagnóstico y los medicamentos. Aunque existe buena opinión sobre la eficacia del subsector privado, se estima que solo 10% de la población lo usa regularmente. Este subsector está experimentando un importante crecimiento en la ciudad y una gran adaptación a las condiciones socioeconómicas de los barrios en los que se instala. Sin embargo, constituye una constante la falta de inserción de la medicina privada en la planificación y organización del sistema de salud y la debilidad del control ejercido sobre ella: una parte de su oferta la utilizan los seguros de salud y otra parte significativa tiende a ser subsidiada por el sector público, ya que utiliza la infraestructura pública para su atención.

- Servicios privados sin fines de lucro: en este segmento, las ONG son los actores más importantes. Son numerosas y tienen distinta presencia según la zona y el nivel de pobreza del municipio y la Iglesia. Muchas de ellas llevan a cabo actividades de promoción de la salud, otras proveen en forma directa servicios mediante convenios con los municipios, y otras se concentran en apoyar a los servicios y municipios en el desarrollo de su capacidad de gestión y organización (Medicus Mundi, Médicos Sin Fronteras, Plan Internacional, entre otras). Existe una Federación de ONG de salud que las agrupa y coordina, tanto a las nacionales como a las internacionales. La mayoría de ellas tienen financiamiento internacional; pocas cuentan con recursos nacionales que garanticen su sostenibilidad. La mayoría tienden a ubicarse en zonas urbanas marginales; un número menor, sobre todo las de financiamiento internacional, en municipios en extrema pobreza. Las

ONG se están incorporando muy lentamente a los seguros de salud públicos y a los nuevos esquemas del nuevo modelo sanitario. Alrededor de 10% de la población nacional se ve beneficiada con este tipo de proveedores, sobre todo en el primer nivel de atención; en los aspectos relacionados con la promoción de la salud esta cifra es mucho mayor.

La Iglesia brinda importantes servicios a la comunidad, sobre todo en zonas de extrema pobreza y en áreas urbanas marginales. Funciona en general con recursos humanos del Estado, con infraestructura propia y financiamiento compartido con los usuarios. La obra social de la Iglesia en algunos departamentos conforma redes de servicios que incluyen los tres niveles de atención, en general combinando actividades de promoción de la salud. En ciertos municipios y comunidades la Iglesia es la única proveedora de servicios.

Los proveedores de medicina tradicional son numerosos; casi en cada comunidad rural o urbana marginal existe un proveedor de algunos de estos servicios (partera, curandero, yatiri). El sistema de salud está incorporando gradualmente a las parteras a las redes locales de atención. La demanda por estos servicios es amplia y suele combinarse con proveedores públicos y privados. Algunos de los proveedores occidentales que practican la medicina tradicional se organizaron en una sociedad (SOBOMETRA) y sus establecimientos han sido aceptados en distintas partes del país. Se estima que entre 20% y 30% de la población tiene graves dificultades para acceder a los servicios público y privado formales de salud por falta de oferta, inaccesibilidad cultural, económica, geográfica y funcional. Esta población recurre al autotratamiento y a la medicina tradicional. En este contexto, resulta trascendente la creación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, vigente desde julio de 1996, que cubre la atención ambulatoria, la asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, el laboratorio básico, la atención hospitalaria durante el embarazo, parto y puerperio, las emergencias obstétricas y la asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en casos de enfermedades diarreicas agudas y de infecciones respiratorias agudas, con neumonía del recién nacido y del niño menor de 5 años de edad. Su financiamiento proviene del 3% de la coparticipación tributaria otorgada a los gobiernos municipales. Igualmente significativa es la creación del Seguro Nacional de Vejez, que se financia con recursos de la lotería nacional de beneficencia, y garantiza el acceso a la atención gratuita a partir de los 65 años.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Servicios de agua potable y alcantarillado. En la esfera nacional, estos servicios corresponden a la órbita de la Dirección Nacional de Saneamiento Básico (DINASBA), que es la

encargada de promover el desarrollo del saneamiento básico en forma coordinada con los gobiernos locales y las empresas de capitales de los departamentos. Entre 1993 y 1995 la cobertura de abastecimiento de agua se incrementó en 6,4% y la de saneamiento en 2,8%; en 1996 llegó a 58,2% y 44,5% respectivamente y, en el nivel rural, a 24% y 17%. El Programa de Saneamiento Ambiental Básico del Área Rural, con la cooperación del Banco Mundial, las Naciones Unidas y la OPS/OMS, pretende acortar estas brechas promoviendo la participación popular en el ámbito municipal.

Servicios de manejo de residuos sólidos municipales y hospitalarios. Desde 1992 se han realizado mejoras sustanciales en el sector; en 1996 siete de las nueve ciudades principales contaron con servicios efectivos de recolección y disposición de residuos sólidos; la cobertura en el nivel nacional fue de 60%. En 1997 se puso en marcha la segunda fase en siete ciudades intermedias, lo que elevó la cobertura a 70%. El problema es más grave en la población rural dispersa y se espera mejorar sustancialmente la cobertura hacia el 2010 a través de microempresas autosostenibles capacitadas en el manejo de los residuos sólidos. En cuanto a los residuos hospitalarios, gracias a la cooperación técnica internacional se ha logrado poner en marcha un proyecto piloto en algunos hospitales del tercer nivel de atención y se pretende aplicarlo en el ámbito nacional.

Prevención y control de la contaminación del aire. Se han puesto en práctica programas de control de emisiones fijas y móviles para vigilar la calidad del aire en dos de las principales ciudades. En 1994, en virtud de la Ley 1.484, Bolivia se adhirió a la Convención Internacional de Protección del Ozono; en 1996 se creó la Comisión Gubernamental del Ozono y entró en vigencia el calendario obligatorio nacional para la reducción gradual del consumo de clorofluorocarburos.

Riesgos derivados del medio ambiente

Agua. Varias cuencas de ríos importantes siguen teniendo un alto grado de contaminación; solo cuatro ciudades principales cuentan con plantas de tratamiento de aguas residuales (se ha aumentado una planta de tratamiento en los últimos cuatro años). La industria, en particular la minera, no controla en forma adecuada sus descargas a los cursos de agua y es alto el riesgo de contaminación química, sobre todo por metales pesados y en los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí. El accidente de Porco —contaminación del río Pilcomayo con 240.000 toneladas de relave minero por ruptura de un dique de colas—, ejemplifica en forma dramática el riesgo que representa la contaminación de las aguas para la salud de los pobladores y el daño ecológico que producen. La explotación de oro aluvional contamina con mercurio los ríos de

buena parte de Pando, Beni y La Paz, y puede afectar a la salud de la población por el consumo de pescados contaminados. Asimismo, la eliminación de residuos de las fábricas de azúcar en Santa Cruz contamina sus ríos, destruyendo la flora y fauna existentes.

Aire. La contaminación por emisión por fuentes fijas de polvos metálicos y gases al aire y la atmósfera es elevada en las zonas mineras, principalmente en las fundiciones de metales de Potosí, Oruro y El Alto de La Paz. Estudios realizados en niños de Oruro y El Alto muestran contaminación por arsénico y plomo tres a cuatro veces superiores al límite permisible en sangre. El plomo emitido por fuentes móviles —todavía presente en la gasolina— es elevado, registrándose niveles de contaminación en el ambiente urbano.

Suelos. En los yungas de La Paz y el chapare cochabambino, extensas zonas de bosque han sido taladas con fines de comercialización y otras quemadas para el cultivo y la explotación pecuaria, lo que ha provocado un importante desequilibrio ecológico que afecta a la sobrevivencia de especies de flora y fauna local. En el departamento de Tarija la deforestación, sumada a sequía y a los fuertes vientos, ha erosionado el terreno y destruido un nicho ecológico privilegiado, convirtiéndolo en un desierto en extensión. Algo similar ocurre en los yungas, dado el intenso cultivo de la hoja de coca que agota los nutrientes del terreno empobreciendo su capacidad productiva. Las fuertes lluvias caídas en distintas zonas del país en 1997, que afectaron a 77.330 personas, llevaron a una situación de emergencia nacional.

Vivienda. De acuerdo con el Fondo Nacional de Vivienda Social (FONVIS), 40% de la población boliviana no tiene acceso a una vivienda. Se están invirtiendo US\$ 80 millones para la construcción de 35.000 viviendas en distintos puntos del país, especialmente en ciudades intermedias y capitales de departamentos, aunque para solucionar el déficit habitacional cuantitativo se requiere construir 200.000 viviendas por año y se calcula que medio millón de viviendas merecen una mejora cualitativa. Disponen de energía eléctrica 87% de las viviendas urbanas (68% en Beni, 90% en Potosí y Oruro) y solo 15% de las rurales (6% en Chuquisaca, 23% en Cochabamba).

Seguridad química. Bolivia está elaborando un Perfil Nacional de Sustancias Químicas y el proyecto “Sustancias Químicas Bolivia”. Además, se estudia la aplicación de leyes y normas sobre control de importación, transporte, almacenamiento y uso de sustancias químicas y se gestiona el ingreso a la Red Internacional de Sustancias Químicas.

Protección y control de alimentos. En relación con los alimentos, hay vigilancia y control en fuentes de producción,

manipulación, transporte y almacenamiento; en cuanto a la distribución al consumidor, se ha puesto en práctica el control por parte de la Dirección Municipal de Saneamiento de los municipios y la Dirección de Control de Alimentos y Bebidas por parte de la Secretaría Nacional de Salud. El nivel central tiene como responsabilidad el Registro Sanitario Nacional de los alimentos procesados en el país, la autorización de venta a los productos alimentarios procesados que ingresan al país y el registro de importadoras de alimentos.

Vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos. Desde enero de 1996 se agilizó la vigilancia epidemiológica de estas enfermedades bajo el proyecto denominado VETA, cuyo ámbito incluye los departamentos de Santa Cruz, Cochabamba, Potosí y La Paz. La Oficina de Control de Alimentos, como nivel normativo, forma parte del Comité Técnico Normalizador de la Secretaría Nacional de Industria y del Comité Nacional del Codex Alimentarius y es punto focal del subcomité de Higiene de los Alimentos. En 1996 el Registro Nacional acumuló 3.855 productos alimentarios y controló 850 productos (importación, registro y seguimiento).

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

En 1996 se tenía registro de 2.279 establecimientos de salud (2.007 en la Secretaría Nacional de Salud, las ONG y la Iglesia y 272 en la seguridad social), con un total de 11.939 camas (8.503 en la Secretaría Nacional de Salud, las ONG y la Iglesia y 3.436 en la seguridad social), lo que representa 3.291 habitantes por establecimiento y 1,6 camas por 1.000 habitantes. El porcentaje de ocupación fue de 41,1%, porcentaje que denota una importante subutilización del recurso hospitalario, que es el que consume más recursos. Según el SNIS, en 1995, 56,1% de las 4.764.742 consultas externas realizadas por el sistema de salud correspondieron al subsector público, 24,3% a la seguridad social, 10,8% a las ONG de salud, 6,9% a los proyectos que la Iglesia desarrolla en este campo y 2,0% al sector privado que informa. Esto refleja una producción de 0,63 consultas por habitante por año. La cobertura de parto atendido por personal calificado fue de 35,5%. La cobertura de atención prenatal con cuatro consultas fue de 26,9%, con un promedio de 1,97 consultas por embarazo. De los 434.546 controles prenatales, 63,0% correspondieron al subsector público, 16,8% a la seguridad social, 11,8% a las ONG, 6,5% a la Iglesia y 1,9% al subsector privado. Según la misma fuente, solo 46% de la población consultó por primera vez en el año al sistema público de salud. En el caso de los egresos hospitalarios, en 1995 el SNIS registra 2,8 egresos por 100 habitantes en el territorio nacional, con una amplitud de 1,5 egresos en

Cochabamba a 5,4 en Beni, un período de estancia de 5,8 días por cama y una ocupación de 46%.

Los servicios de emergencia del sistema público necesitan mayor capacidad resolutoria y sistemas de comunicación y transporte modernos y oportunos. Solo las ciudades de La Paz y Santa Cruz han realizado esfuerzos para la puesta en práctica de la Red 118, que ofrece llamadas y transporte de urgencias médicas desde 1996. La Policía cuenta con la Red 110, de similar propósito.

Los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico suelen estar presentes en los hospitales de segundo y tercer nivel. Estos servicios son escasos en la zona rural. Según la Secretaría Nacional de Salud, hasta 1997 había 224 laboratorios en el país. En 1995 se realizaron 1.322.096 exámenes de laboratorio, se registraron 40 servicios públicos y 20 privados de hemoterapia, con 15.743 donantes públicos y 6.403 privados, y se realizaron 18.991 transfusiones de sangre en 1994 y 20.451 en 1995.

Con referencia a los servicios odontológicos, en 1996 se registraron 355.971 consultas nuevas y 220.390 repetidas, con 266.339 exodoncias y 158.127 obturaciones. Se realizaron 5.735 segundas aplicaciones con fluoruro en menores de 5 años y 47.486 cirugías odontológicas.

Insumos para la salud

Medicamentos. La situación de los medicamentos se caracteriza por una gran inequidad en el acceso, junto con un uso no racional que privilegia la comercialización de medicamentos costosos, de dudosa eficacia y seguridad. El mercado farmacéutico, con ventas totales cercanas a US\$ 70 millones por año (US\$ 10 per cápita) es atendido en un 40% por 26 fabricantes nacionales y en un 60% por importadores. Existe también una fuerte concentración, ya que se estima que tres grandes laboratorios cubren 40% del mercado nacional. Desde 1990, se aplica el Programa Nacional de Medicamentos Esenciales. En este sentido, el país ha desarrollado una serie de acciones para fortalecer el marco regulatorio, consolidar un canal de abastecimiento de medicamentos esenciales a bajo costo y mejorar la calidad y acciones orientadas a fomentar el uso racional de los fármacos. En la red de servicios, los medicamentos los compran directamente los pacientes y los establecimientos de salud.

Bolivia está integrada al PAI, lo que le facilita el acceso a la compra de vacunas a precios muy estables y económicos y de probada eficacia. Desde 1995, el presupuesto nacional contempla los recursos necesarios para la compra de los insumos del PAI. Algunas vacunas, como la antirrábica y la antiampicilina, son suministradas por países amigos a bajos precios y ocasionalmente en carácter de donación. Las vacunaciones contempladas en el PAI son de carácter gratuito en toda la red

pública de servicios de salud. La mayor parte de los insumos medicoquirúrgicos son adquiridos directamente por los establecimientos de salud, ya sea de fuentes privadas o de las ONG; el financiamiento para estas adquisiciones proviene directamente de la recuperación de costos (aranceles) o de fuentes municipales.

Recursos humanos

La población económicamente activa en salud censada en 1992 fue de 25.229 personas, 10.287 varones y 14.942 mujeres. Estaban ocupadas 24.872 personas y desocupadas 357. Trabajaban 12.056 personas en el subsector público descentralizado y 9.317 en el subsector público autónomo, es decir, un total de 21.373 personas estaban empleadas en el subsector público de salud; de estas, 4.011 eran médicos (1.976 en la Secretaría Nacional de Salud y 2.035 en la seguridad social), 1.894 enfermeros (1.003 y 891), 4.792 auxiliares de enfermería (3.134 y 1.658) y 10.541 personal de administrativo y de servicios (5.808 y 4.733). La proporción mayoritaria del recurso se encontraba en el eje de mayor desarrollo económico (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz) y alrededor de 80% de los especialistas estaban concentrados en las zonas urbanas del país y en el tercer nivel de atención. Después de la puesta en vigor de la Ley de Descentralización de 1996, se realizó la transferencia del personal a las Prefecturas Departamentales y se elaboraron normas para la reorganización de los departamentos de personal y de sus líneas de dependencia, pero este proceso recién se encuentra en la fase de reorganización de las redes de servicios de salud por municipios y, por consiguiente, de la redistribución y dotación de personal. De los 311 municipios del país, 20% no tienen personal de salud calificado; en estos municipios la atención está a cargo del personal comunitario. Desde hace 20 años se ha estado capacitando a parteras, a promotores de la salud y a otros recursos comunitarios para atender las demandas de salud. Más de 5.000 de estas parteras y promotores se consideran activos en el sistema de salud.

Las oportunidades de formación del personal de salud ha crecido mucho debido al surgimiento de universidades privadas que en los últimos seis años triplicaron la oferta de cursos de pregrado en medicina. Para enfermería y odontología la oferta se duplicó. Además de la carencia de puestos permanentes, en las zonas rurales se agrega una gran escasez de técnicos básicos y medios, ya que no existen mecanismos o políticas de gestión de recursos humanos que incentiven la productividad del personal y lo retengan en las zonas donde son necesarios, ni mecanismos de capacitación en servicio. El crecimiento del empleo médico durante el período 1991-1995 fue de 766 plazas, mientras que el crecimiento de puestos de enfermera profesional fue solo de 111 plazas; este

fenómeno es más intenso en el ámbito de la seguridad social. La orientación médica del sistema se aprecia en la formación, ya que los programas de pregrado en su mayoría están centrados en la práctica hospitalaria, con programas de salud pública disgregados. El Estado boliviano ha tratado de abordar el tema a través de los comités docentes asistenciales creados en 1993. Debido a la alta rotación de personal, en menos de dos años se pierde más de 50% del personal capacitado.

Gasto y financiamiento sectorial

Los participantes en el financiamiento del sector salud son:

- El Tesoro General de la Nación: la Secretaría Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano, ejecutó US\$ 99 millones en 1995, de los cuales \$57 millones fueron fondos directamente disponibles para la atención de salud, suma equivalente al 4,1% del presupuesto público; el saldo (\$42 millones) correspondió a transferencias, pensiones y jubilaciones. El Tesoro General de la Nación aportó complementariamente \$83.000 al gasto en salud del Ministerio de Defensa para compra de medicamentos a través de la Sanidad Operativa. Los recursos destinados al pago de personal fueron transferidos en junio de 1995 a las prefecturas departamentales para su ejecución descentralizada. El presupuesto nacional, a pesar de tener una serie de rigideces emergentes del proceso de ajuste estructural (coparticipación, pago de la deuda externa, remesas a los proyectos), ha incrementado su contribución al financiamiento del personal (18% de crecimiento en este rubro entre 1993 y 1996).

- Los municipios: a partir de 1994 la Ley de Participación Popular transfirió a los municipios el derecho de propiedad sobre la infraestructura física de salud, educación, cultura, deportes, riego, microrriego y caminos vecinales y la competencia para administrarlos, mantenerlos, dotarlos del equipamiento mobiliario y los suministros necesarios, construir nueva infraestructura y supervisar a las autoridades correspondientes. De los 311 municipios existentes en el país, 219 quedaron habilitados para recibir fondos de coparticipación y 92, al no tener población mayor de 5.000 habitantes, según la ley han constituido 47 mancomunidades municipales para la recepción conjunta de recursos. Los recursos de coparticipación tributaria ejecutados en 1994 ascendieron a US\$ 74 millones. Desde 1995 los recursos de coparticipación se asignan con un criterio estrictamente poblacional; para ese año se presupuestaron \$141 millones. Del total de recursos de coparticipación, se destinaron a salud \$2 millones en 1994 (2,7%) y \$8 millones en 1995 (5,7%); para 1996 se estimaron entre 6% y 10%. Al-

gunos municipios, como Capinota, Tupiza, han invertido hasta 30% de sus ingresos en el sector salud. Todos los fondos de recuperación de costos o aranceles son de propiedad municipal y se destinan al funcionamiento de los servicios. Este aporte se analiza como gasto privado en salud de las familias. Las familias pagan un arancel en el sector público descentralizado que, básicamente, financia medicamentos e insumos para diagnóstico, tratamiento o sostenimiento de los servicios.

- Las empresas: solo las empresas formales públicas y privadas contribuyen al financiamiento del sector salud mediante el aporte al sistema de la seguridad social (prestaciones a corto plazo). Las disposiciones legales vigentes establecen que este aporte es únicamente patronal e igual a 10% de la planilla de haberes. El aporte en 1995 fue de US\$ 107 millones (incluidos los recursos de la corporación del seguro social militar), equivalente a \$312 de aporte anual promedio por asegurado cotizante y \$69 por persona protegida. El monto disponible para la atención de la salud está en torno de \$6 millones, equivalente a \$106 por beneficiario.

- Los hogares: existe poca información sobre el gasto en salud de los hogares. Según la encuesta de presupuestos familiares realizada en 1990 en las ciudades de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y El Alto, el gasto en salud de los hogares fue 4% de su gasto total (referido al gasto en cualquiera de los subsectores prestadores de servicios), con oscilaciones de 2,4% en el quintil más pobre a 4,9% en el más rico. El 40% del gasto en salud se destinó a la compra de medicamentos y el 60% al pago por servicios. Se estima que este gasto representó US\$ 105 millones.

- La cooperación externa: según el sistema de información sobre financiamiento externo, el aporte total externo comprometido en el sector salud equivalió a US\$ 312 millones en el período 1989–1995; su ejecución promedio, \$28 millones por año, representa 63% del monto comprometido. La cooperación externa está básicamente dirigida a la inversión en infraestructura, equipamiento, desarrollo de programas nacionales y al complemento de los esfuerzos municipales de desarrollo de la salud y, en este sentido, introduce un factor de equidad.

- Las organizaciones no gubernamentales: según el registro único de estas organizaciones, en Bolivia hay 141 que trabajan en el sector salud. La encuesta efectuada a 63 de ellas en 1994, reveló una ejecución de US\$ 9 millones de origen externo. Se estima que movilizarían recursos por un total de \$20 millones.

Tomando en cuenta los ingresos de todos estos subsectores, se estimó que el gasto total del sector salud en Bolivia fue de US\$ 323 millones en 1995 (4,7% del PIB), equivalente a \$44 del gasto en salud per cápita anual. El principal instrumento de financiamiento del gasto nacional en salud es la se-

guridad social (35%); luego se encuentran los hogares (32%), el Tesoro General de la Nación (15%), la cooperación externa (15%) y, finalmente, los municipios (3%). Si no se considerase la cooperación externa, el gasto total en salud sería de \$275 millones por año (4% del PIB), equivalente a \$37,5 por habitante. El gasto público en salud (Tesoro General de la Nación, municipios y empresas por medio de la seguridad social) fue de \$170 millones (2,5% del PIB), equivalente a \$23 por habitante.

Se puede apreciar una estabilidad relativa en el financiamiento del sector salud. Las posibilidades de incrementos sustanciales están relacionadas con una mayor capacidad de gasto, ya sea de los hogares, de las empresas o del gobierno, tanto en el nivel nacional como en el municipal. Dentro de los límites actuales, se observan grandes inequidades en el financiamiento; un ejemplo concreto es el de la seguridad social, cuyo gasto es 35% del total mientras su cobertura no supera el 20% de la población. Las medidas para reducir estas brechas pasan entonces por la redistribución del financiamiento y por la ampliación de la cobertura de la seguridad social.

Cooperación técnica y financiera externa

En los últimos cuatro años se ha intensificado la cooperación técnica entre países, no solo con la Región Andina o el Cono Sur, sino también con otros países de la Región. Se realizaron intercambios técnico-científicos con Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, México, Perú y República Dominicana. Los campos de cooperación fueron epidemiología, medicina tradicional, control de alimentos, control de vecto-

res, bancos de sangre, administración de hospitales, sistema de mantenimiento de servicios de salud, prevención y mitigación de desastres, fluoruración de la sal, organización de servicios oncológicos, de cirugía plástica y quemados, intercambio entre sociedades de pediatría, mejoramiento de vivienda, saneamiento básico y perforación de pozos, municipios, desarrollo de salud en zonas de frontera e intercambio entre partes tradicionales. Las actividades de cooperación técnica se realizaron con la participación de la Secretaría de Salud, la Universidad, la Caja Nacional de Salud y Petrolera y la Secretaría de Agricultura.

Desde el punto de vista del financiamiento, la cooperación externa se divide en dos grandes componentes: la oficial y la no gubernamental. La oficial puede ser multilateral o bilateral. Los fondos de cooperación externa en salud son de dos tipos: donaciones o créditos. Bolivia tiene diversas relaciones de cooperación bilateral, en particular con la Unión Europea, los Estados Unidos de América, el Japón y los países escandinavos. Es relevante la cooperación del Sistema de Naciones Unidas (Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, Programa Mundial de Alimentos, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Voluntarios de Naciones Unidas), y de otros organismos. Los bancos multilaterales de desarrollo (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo) están contribuyendo con importantes proyectos de fortalecimiento de la red de servicios y de los programas de atención. La composición entre donantes es: 65% para ayuda bilateral, 20% para ayuda multilateral técnica del sistema de Naciones Unidas y 15% para los bancos de desarrollo. Las organizaciones no gubernamentales de carácter externo significan una importante contribución a la cooperación técnico-financiera para ciertos municipios.

BRASIL

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

El Brasil ocupa un área de 8,5 millones km² y tiene fronteras con casi todos los países de América del Sur, excepto el Ecuador y Chile. La República Federativa del Brasil se rige actualmente por la Constitución Federal de 1988. Su organización político-administrativa comprende además de los tres poderes —ejecutivo, legislativo y judicial—, 26 estados, 5.508 municipios y el Distrito Federal, sede del gobierno.

El país está dividido en cinco grandes regiones. El Norte, la mayor del país, ocupa 45% del territorio nacional, con apenas 7% de la población; el Sudeste ocupa 11% del territorio con 43% de la población. El Sur es la región más pequeña, con 7% del territorio y 15% de la población. Las otras dos regiones ocupan cada una aproximadamente 18% del territorio, pero en el Nordeste se halla 29% de la población mientras en el Centro-Oeste solo habita 6%.

El índice de desarrollo humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo situó al Brasil en 1991 y en 1994 muy próximo al límite a partir del cual los países se consideran de alto desarrollo humano. Sin embargo, las disparidades internas son muy importantes. El IDH de las regiones Sur, Sudeste y Centro-Oeste las ubica en la banda superior de desarrollo humano, mientras que el Norte y el Nordeste ocupan el estrato intermedio, aunque esta última región se encuentra muy próxima a la banda de valores inferiores de IDH. Los nueve estados del Nordeste son los que presentan peores indicadores socioeconómicos en el país.

El Brasil es uno de los países del mundo con desigualdades socioeconómicas más destacadas. En años recientes el crecimiento de la economía ha elevado el ingreso medio en todos los estratos de la población, pero la distribución desigual ha hecho aumentar las diferencias preexistentes. El ingreso medio del 10% más rico es cerca de 30 veces mayor que el del

40% más pobre, mientras que en otros países de desarrollo comparable al del Brasil es solamente 10 veces mayor. Entre 1960 y 1990, la participación en la renta nacional de la mitad de la población con menores ingresos se redujo de 18% a 12%, mientras que la del 20% más rico se elevó de 54% a 65%.

La participación de la mujer en la población económicamente activa (PEA) ha pasado de 31% a 35% en la última década. Sin embargo, el salario medio de las mujeres corresponde a 63% del que reciben los varones. Las disparidades étnicas resultan evidentes en los menores salarios recibidos por negros y “pardos”, grupo de población que representa 44% de la población total del país y cuyo salario correspondió en 1990, en promedio, a 68% del recibido por los blancos. En el Nordeste se estima que aproximadamente 46% de la población vive en condiciones de pobreza. Este porcentaje es de 43% en el Norte, 25% en el Centro-Oeste, 23% en el Sudeste y 20% en el Sur. Mientras que la pobreza nordestina es típica de las sociedades tradicionales al margen del crecimiento urbano-industrial, la de las metrópolis del Sudeste, en concreto la de las periferias urbanas de São Paulo y Rio de Janeiro, se asocia social y económicamente a la participación de esa región como centro dinámico de la economía nacional.

El perfil educativo presentó una mejoría significativa en las últimas décadas, con reducción del analfabetismo, aumento del número de matriculados y crecimiento de la escolaridad media de la población. En 1991, la tasa de escolaridad en las edades de 5 a 17 años fue de 73%, con una variación desde 81% en las familias con más de dos salarios mínimos de renta mensual per cápita hasta 37% en la población pobre. Entre 1991 y 1995, la proporción de niños de 7 a 14 años que no asistían habitualmente a la escuela decreció de 16% a 10% en el país, manteniéndose más elevada en los estados del Nordeste (15%). En 1991, en los grupos de ingreso inferior a medio salario mínimo per cápita, 15% de los niños de 10 a 14 años trabajaban además de estudiar y 12% solamente trabajaban. En adolescentes de 15 a 17 años, esos porcentajes eran de 39% y 15%, respectivamente. Los negros y los “pardos” en-

frentan dificultades de acceso y permanencia en la escuela. El analfabetismo en la población de más de 25 años fue en 1991 de aproximadamente 35% entre los negros y "pardos" y 15% entre los blancos.

En 1995 la PEA ocupada fue 58% del total de habitantes de 10 y más años de edad (5% en el grupo de 10 a 14 años, 11% en el de 15 a 19, 59% en el de 20 a 39 años, 28% en el de 40 a 59 y 6% en el de 60 años y más). Según datos de 1990 la tasa de actividad de los niños de 10 a 14 años fue de 23% entre las familias pobres. Las condiciones de trabajo de esos niños son en general precarias, sin protección de la legislación laboral, con jornadas de más de 40 horas semanales e ingresos mensuales inferiores al salario mínimo.

El desempleo estimado por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) se mantuvo alrededor de 5% en el período 1990-1995. Sin embargo, ha habido una reducción de la calidad de los puestos de trabajo, con disminución del empleo en la industria y absorción de desempleados en el sector servicios. La proporción de trabajadores con contrato formal de trabajo se ha reducido de 60% a 50% y ha aumentado el contingente que trabaja "por cuenta propia", al margen de los derechos y beneficios de la legislación laboral.

Crecimiento y estabilización económica

Durante los años ochenta y comienzos de los noventa la economía brasileña se caracterizó por una fuerte inestabilidad del crecimiento, con una inflación creciente hasta tasas extremadamente elevadas. Reflejando el desequilibrio externo (crisis de la deuda) e interno (déficit público persistente e hiperinflación), el período expresa el agotamiento de la estrategia de desarrollo del proceso de industrialización brasileña, iniciado en los años cincuenta y basado en la sustitución de importaciones y en una fuerte intervención del Estado en las actividades productivas. Los malos resultados económicos a partir de los años ochenta y las sucesivas tentativas frustradas de estabilización pueden atribuirse a la incapacidad de promover los cambios estructurales exigidos por el nuevo modelo de desarrollo. A pesar de algunos éxitos localizados, la economía brasileña creció apenas 1,2% por año entre 1980 y 1992, con una disminución consiguiente de 7,5% de la renta per cápita en dicho período y un deterioro manifiesto tanto de las condiciones de vida de parte de la población como de las perspectivas de superación de los problemas estructurales relacionados con la miseria y la desigualdad social.

En 1994 se puso en marcha el Plan Real, denominado según la nueva moneda brasileña, y a partir del cual se inició un período de crecimiento de la renta per cápita y redistribución incipiente de la riqueza. La mitad más pobre de la población incrementó su participación en la renta nacional en 1,2% y el estrato 20% más rico perdió 2,3%. El producto in-

terno bruto (PIB) aumentó 7,4% entre 1994 y 1996 (a precios de 1996), pasando de US\$ 662.000 millones a US\$ 711.000 millones, con un aumento del PIB per cápita de US\$ 4.305 a US\$ 4.503.

Los ingresos per cápita en 1995 han sido los mayores desde 1990, con un incremento de 30% respecto a 1993, si se consideran todas las fuentes de ingreso de personas de 10 años de edad o más. El crecimiento de los salarios de las personas con contrato de trabajo ha sido menor (18,5%). En 1996 la inflación anual fue de 9,8%, mientras que al inicio del plan de estabilización llegaba a 45% mensual.

El Tratado del Mercosur (1991) puso las bases para la constitución de un mercado común entre Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. Además del objetivo inmediato de impulsar la integración económica subregional, el proceso de modernización tiene como finalidad mejorar las condiciones de vida de la población. Los nuevos programas económicos adoptados por los países del Mercosur favorecen la apertura económica, estimulan la competencia e incrementan la eficiencia y la inserción competitiva de sus economías en el mercado mundial. El objetivo es el crecimiento sostenido a largo plazo.

Población

Según el censo demográfico nacional de 1991 la población brasileña es de 146,8 millones de habitantes, con 97,5 hombres por cada 100 mujeres. Hay 17,2 habitantes por km², con una población urbana que alcanza 75,6% del total. Solamente en el estado de Maranhão la población sigue siendo predominantemente rural. El crecimiento demográfico medio se redujo de 2,4% anual en los años setenta a algo menos de 1,9% en los ochenta, estimándose que llegará a 1,36% hacia el 2000. Se prevé que en 1998 la población brasileña alcanzará los 161,8 millones.

Durante los años ochenta se desaceleró significativamente el crecimiento de la población urbana. Las ciudades con más de 20.000 habitantes crecieron un 2,6% anual, frente a un 4,9% anual en la década anterior. Por otro lado, la población de las nueve regiones metropolitanas creció anualmente a una tasa de 2%, bastante inferior a la de 3,8% de la década anterior. El éxodo de los nordestinos en búsqueda de condiciones de vida menos adversas en otras zonas del país ha hecho que en el Nordeste se halle la menor proporción de personas no naturales de su estado de residencia.

La tasa de fecundidad total disminuyó rápidamente los últimos decenios y pasó de 2,57 hijos por mujer en 1991 a 2,52 en 1995. La tasa bruta de natalidad bajó de 31,2 nacidos vivos por 1.000 habitantes en 1980 a 23,6 en 1990; se estima que será 18,2 por 1.000 en el año 2000. La mortalidad general siguió la misma tendencia, con una tasa de 7,2 defunciones por 1.000 habitantes en 1990; se estima que llegará a 6,7 por

1.000 en el 2000. La esperanza de vida al nacer aumentó 3,9 años (6,3%) entre 1980 y 1990. Se estima que en 1999 será de 64,8 años de vida en varones y 71,2 en mujeres.

La población brasileña ha experimentado un proceso de desestabilización de la distribución por edades. Las generaciones de mayor edad, nacidas antes de la fase de declinación acentuada en la fecundidad, forman una pirámide de base ancha, mientras que la estructura por edad de las generaciones más jóvenes es mucho menos regular y poco coherente con la distribución de las generaciones más viejas. En 1991 había ya menos menores de 5 años que niños de 5 a 10 años de edad. Entre 1970 y 1991 la participación del grupo de menores de 15 años en el total de la población se redujo de 42% a 35%, la del grupo de 15 a 64 años se incrementó de 54% a 60%, y la del grupo de 65 años y más pasó de 3% a 5%.

Hacia 1970 la población dependiente (menores de 15 años o mayores de 64) correspondía casi a 50% del total y de cada 20 dependientes, menos de 2 eran mayores de edad. Hacia final de siglo se estima que los dependientes constituirán solamente 33% del total y de cada 20 dependientes, 3 serán adultos mayores. La tasa de dependencia total experimenta así una declinación peculiar, resultante de la rápida reducción del volumen de menores de 15 años y el todavía lento crecimiento del componente de adultos mayores. Esa característica ofrece una especial oportunidad para un salto de calidad en las políticas de nutrición, salud y educación, dirigidas a niños y jóvenes.

Mortalidad

Según la diferencia entre el número de defunciones estimado a partir de las proyecciones demográficas del IBGE y las efectivamente registradas por el Sistema de Información sobre Mortalidad, del Ministerio de Salud, la media nacional de defunciones no registradas en el período 1990–1994 es de aproximadamente 20% del total, porcentaje que sobrepasa 50% en algunas localidades del Norte y del Nordeste. En la mayor parte del Sur y del Sudeste el subregistro no llega a 10% y se acerca a 0% en las áreas urbanas. Entre las defunciones registradas, las causas mal definidas representaron 17,8% en el período 1990–1994. En el Norte y en el Nordeste se encuentran los valores más altos de mortalidad por causas mal definidas (28,6% y 42,1% respectivamente, en 1990) lo cual exige analizar con cautela la distribución de causas definidas, en lo que hace a esas regiones. Las limitaciones apuntadas aconsejan el uso de las proyecciones demográficas como indicadores más exactos de la evolución de las tasas de mortalidad general y específica por edades para el conjunto del país, reservando los datos de registros de defunción para el análisis por causas de muerte.

Los datos demográficos indican que los niveles de mortalidad en la población brasileña han declinado significativamente en las últimas décadas. Esa reducción fue resultado, principalmente, de la reducción de la mortalidad de la población menor de 5 años de edad, cuya participación en el total de defunciones registradas decreció, entre 1980 y 1994, de 24,0% a 9,8% en el subgrupo de menores de 1 año, y de 4,6% a 1,7% en el de 1 a 4 años. Como consecuencia, ha aumentado la mortalidad proporcional en el grupo de 50 y más años de 48,4% a 62,4% en el mismo período.

Parte del avance en la reducción de la mortalidad que tuvo lugar en la última década se ha visto anulado por el aumento de la mortalidad masculina por causas externas en el grupo de 15 a 29 años. Comparando las curvas de mortalidad en ambos sexos se aprecia una clara diferencia en las edades de 15 a 44 años, con una evolución similar en los demás grupos. La reducción de la mortalidad por complicaciones del parto y del puerperio y el aumento de las defunciones por homicidios y suicidios entre las causas de defunción de la población masculina explican el aumento de la diferencia entre sexos en cuanto a esperanza de vida. Por cada mujer de 15 a 19 años fallecida en 1991 hubo 2,8 defunciones en varones del mismo grupo de edad, razón que asciende a 3,2 en el grupo de 20 a 29 años y disminuye a 2,6 en el grupo de 30 a 39.

El análisis por causas según las categorías utilizadas por la OPS muestra que en el período 1990–1994, excluidas las causas mal definidas, las enfermedades del aparato circulatorio constituyen el primer grupo de causas de mortalidad, con 33,9% del total de defunciones. En el Norte y el Nordeste, donde todavía la participación de las enfermedades transmisibles es relativamente grande, la mortalidad cardiovascular ocupa también el primer lugar, aunque con valores menores que en el Sur y Sudeste. Dentro de ese grupo de causas destaca la enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cerebrovasculares, estas predominantes en el sexo femenino, aquella, en el masculino.

El segundo grupo de causas de muerte está constituido por las llamadas causas externas de lesión y envenenamientos. A este grupo corresponden 14,8% de las defunciones en el país, con valores más elevados en las regiones Norte (19%) y Centro-Oeste (20%). En este grupo destacan los homicidios, sobre todo en los grandes centros urbanos.

El tercer grupo de causas de defunción son las neoplasias que entre 1990 y 1994 contribuyeron con 13,0% al total de defunciones por causas bien definidas. Entre las neoplasias malignas destacan en el sexo masculino el cáncer de estómago y el cáncer de pulmón. El de próstata ocupa el tercer lugar en la mortalidad masculina por neoplasias malignas prácticamente en todas las regiones. En mujeres el cáncer de mama es el más frecuente, seguido por el de cuello uterino, que ocupa el primer lugar en el Norte y el Nordeste.

Las enfermedades transmisibles (incluida toda la Sección I de la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, así como la meningitis, las infecciones respiratorias agudas, la neumonía y la gripe) ocupan el cuarto lugar en la mortalidad de la población brasileña, con 11% de las defunciones por causas definidas y sin variaciones anuales significativas en el período 1990–1994.

La tasa de mortalidad materna se ha reducido en el período 1982–1991 de 156,0 a 114,2 defunciones por 100.000 nacidos vivos. Según datos referentes al año 1989 la tasa observada fue de 380 por 100.000 nacidos vivos en la región Norte, 153 por 100.000 en el Nordeste, 134 en el Centro-Oeste, 97 en el Sudeste y 96 en el Sur, mientras que la media nacional fue de 124 por 100.000 nacidos vivos.

La causa directa más frecuente de mortalidad materna es la toxemia gravídica (30% de las defunciones). Las hemorragias gestacionales, obstétricas y puerperales constituyen la segunda causa, con 18% de las defunciones, seguidas por la infección puerperal, con 15%. La mortalidad derivada de abortos corresponde a 12% de las defunciones maternas y 25% se debe a las demás causas.

Un estudio realizado en 1996 ha mostrado que la mortalidad disminuyó nitidamente en todos los subgrupos de edad comprendidos en el grupo de menores de 5 años. Durante los 10 años anteriores a la investigación, la mortalidad infantil pasó de 56 por 1.000 nacidos vivos a 39 por 1.000, con variaciones significativas según regiones, clases sociales y otras características. En la población urbana, la mortalidad infantil disminuyó de 51 a 32 defunciones de menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos. En las áreas rurales la variación ha sido solamente de 69 a 61 por 1.000. Las disparidades interregionales son también evidentes. La mortalidad infantil en el Nordeste (64 por 1.000 nacidos vivos) es 2,5 veces mayor que en el Sur (25 por 1.000). La mortalidad infantil según el nivel de escolaridad de la madre es progresivamente decreciente, con tasas de 93, 42, 38, 28 y 9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos correspondientes respectivamente a los grupos de madres con menos de 1 año de escolaridad, 4 años, 5 a 8 años, 9 a 11 años y 12 o más años de escolaridad. En las zonas urbanas la mortalidad posneonatal comienza a perder importancia, mientras que en las rurales representa todavía dos tercios de la mortalidad infantil.

En el grupo de menores de 5 años, la mortalidad presenta características semejantes a lo mencionado para la mortalidad infantil, habiéndose reducido de 64 por 1.000 nacidos vivos a 49 por 1.000 en el mismo período decenal. En el Nordeste es de 89 por 1.000, más del triple que el 29 por 1.000 de la región Sur. Según la escolaridad materna, la tasa de mortalidad de menores de 5 años disminuye de 119 por 1.000 en el estrato con menos de 1 año de escolaridad a 48 en el estrato con 4 años, y a 9 en el estrato con 12 años o más de escolaridad.

Morbilidad

En el Brasil se dispone de datos generales de morbilidad generados por el sistema de información hospitalaria de las instituciones vinculadas al sistema público de salud. Se estima que esos hospitales prestan cerca de 80% de la asistencia médico-hospitalaria, con un total aproximado de 1,2 millones de hospitalizaciones mensuales. Según datos del período 1991–1994 referentes al diagnóstico principal según grupos de causas de la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 22,8% de las atenciones corresponden a causas derivadas del embarazo, parto y puerperio, en su gran mayoría internaciones para parto. Entre las hospitalizaciones restantes destacan las debidas a causas respiratorias (15,9%), circulatorias (10,6%), infecciosas y parasitarias (9,4%), genitourinarias (8,4%), digestivas (7,5%) y externas (6,0%). No se observan en el período variaciones significativas en lo que se refiere a la distribución de morbilidad por sexo, una vez excluidas las hospitalizaciones por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño preescolar (menor de 5 años)

La reciente mejoría en la evolución de los indicadores de morbimortalidad en niños tiene su origen en la interacción de factores demográficos, económicos y sociales. Las intervenciones específicas del sector salud tales como la inmunización, el uso de la terapia de rehidratación oral y la promoción de la lactancia materna, fueron claves para la erradicación de la poliomielitis, la virtual eliminación de la mortalidad por sarampión, el drástico recorte del tétanos neonatal, la disminución a la mitad de las muertes por diarrea y la reducción de la desnutrición, especialmente en sus formas graves. La reducción mantenida de la mortalidad infantil se debe a la disminución de las causas de muerte más frecuentes en los períodos posneonatal y neonatal tardío, con un predominio actual de las afecciones perinatales, ahora responsables de más de la mitad de las defunciones infantiles por causa conocida.

Los valores medios de los indicadores nacionales tienden a ocultar grandes disparidades entre áreas urbanas y rurales, entre regiones, entre estados de una misma región y entre municipios de un mismo estado. Del total de muertes de menores de 1 año la mitad se concentra en el Nordeste, donde reside 29% de la población del país. En esa misma región, entre las muertes de menores de 1 año registradas en 1993 no hubo causa básica definida en 39%, porcentaje que en el Sudeste fue solo de 6%. La deficiencia cualitativa de los datos en las

zonas de mayor pobreza se asocia a índices también elevados de subregistro de muertes, dificultando el análisis de la mortalidad por causas. La omisión de datos incide principalmente sobre las enfermedades típicas del subdesarrollo, como la diarrea y las infecciones respiratorias agudas.

En lo que se refiere a la morbilidad, en 1995 22% de los egresos hospitalarios del sistema público de salud fueron de niños menores de 1 año, teniendo como causa principal de hospitalización la neumonía (30%), la diarrea (25%) y las afecciones perinatales (13%). De las muertes hospitalarias ocurridas en ese grupo de edad, 32% se debieron a afecciones perinatales, 11% a neumonía y 8% a diarreas. A la prematuridad y el bajo peso al nacer correspondieron 69% de las defunciones perinatales. Esos datos demuestran la necesidad de concentrar esfuerzos en la mejora de la calidad de la atención prenatal y atención al parto, considerando que la cobertura de la atención es elevada, incluso en las áreas rurales. La desnutrición total en menores de 5 años, según indicadores antropométricos, viene decreciendo significativamente desde los años setenta, sobre todo en las áreas urbanas. En el Nordeste, región con mayor contingente de desnutridos del país, podrá alcanzarse la meta de prevalencia de desnutrición propuesta para el año 2000 (6,4%) si se mantiene el ritmo de reducción actual. La incidencia de bajo peso al nacer disminuyó de 10% en 1989 a 9,2% en 1996, reducción considerada muy discreta si se compara con la observada en la prevalencia de desnutrición y en la mortalidad infantil.

A partir de 1990 se implantó prácticamente en todo el país un sistema de información sobre nacidos vivos (SINASC) con datos suministrados directamente por los hospitales. El SINASC proporcionará una mejor base para el cálculo de las tasas de morbilidad y mortalidad infantil en el nivel municipal, además de ofrecer informaciones para la definición del perfil de nacidos vivos respecto al peso y otras variables.

La salud del niño en edad escolar (de 5 a 9 años)

Apenas 0,7% de las defunciones registradas en el país en 1994 ocurrieron en el grupo de 5 a 9 años de edad. Las causas externas fueron responsables de 45% de las defunciones en este grupo, siguiendo las neoplasias con 12% y las enfermedades del aparato respiratorio con 10%. Cerca de 60% de las defunciones por todas las causas ocurrieron en el sexo masculino, proporción que se eleva a 66% cuando se consideran solo las causas externas.

La información sobre atención a la salud de la población en edad escolar no está consolidada a nivel nacional. En 1996 el Ministerio de Educación puso en marcha un proyecto de asistencia integral a la salud del escolar (PAISE) con el objetivo de desarrollar acciones educativas, preventivas y curati-

vas para alumnos de enseñanza primaria residentes en las zonas pobres de las capitales brasileñas.

La salud del adolescente (de 10 a 19 años)

Las causas externas son las principales responsables de la mortalidad en el grupo de 10 a 19 años. Según datos de 1993 corresponden a ese grupo 53% de las defunciones por causas definidas en el grupo de 10 a 14 años de edad y 70% en el de 15 a 19 años. Los homicidios y las lesiones por accidentes de tráfico ocasionaron en conjunto 63% de las muertes debidas a causas externas en el grupo de 15 a 19 años, con una enorme concentración en el sexo masculino, al que corresponden 93% de los homicidios y 74% de las defunciones por accidentes de tráfico. La segunda causa de mortalidad en los grupos de 10 a 14 y de 15 a 19 años son las neoplasias, que contribuyeron con 10% y 5% de las muertes, respectivamente.

La tasa específica de fecundidad en el grupo de mujeres de 15 a 19 años aumentó de 75 a 87 hijos por 1.000 mujeres de 1965 a 1991. El aumento fue más evidente en las áreas urbanas, donde la fecundidad pasó de 54 a 80 por 1.000. Aunque datos de 1996 sugieren un cambio de esta tendencia, 14% de las mujeres de 15 a 19 años ya habían iniciado la vida reproductiva.

Otro problema de creciente importancia en ese grupo de edad es el uso de drogas. Encuestas realizadas en 1987, 1989 y 1993 en escuelas primarias y secundarias de 10 capitales brasileñas mostraron que las seis drogas más consumidas son, por orden de consumo, el alcohol, el tabaco, los disolventes, los ansiolíticos, las anfetaminas y la marihuana. De una muestra de 24.634 estudiantes entrevistados en 1993, 23% habían utilizado drogas por lo menos una vez y 19% consumían alcohol con frecuencia.

La salud de la población adulta (de 15 a 60 años)

Las lesiones no intencionales y la violencia constituyen la primera causa de mortalidad registrada en el grupo de edad de 15 a 60 años, con 30% del total de defunciones por causas determinadas en 1994. Siguen, en orden decreciente de importancia como causas de muerte, las enfermedades del aparato circulatorio (24%) y las neoplasias (13%). La distribución por subgrupos de edad muestra fuerte predominio de las causas externas en los estratos de 15 a 19 y 20 a 29 años (71% y 62%, respectivamente). Ese grupo de causas ocupa el primer lugar también en el grupo de 30 a 39 años (38%), en el que también hay una participación importante de las enfermedades del aparato circulatorio (16%) y endocrinas y metabólicas (12%). En los grupos de 40 a 49 y de 50 a 59 años predominan las enfermedades del aparato circulatorio

(30% y 39%, respectivamente), seguidas por las neoplasias (16% y 21%) y las causas externas (20% y 9%). Cerca de 70% de las defunciones en todo el grupo adulto corresponden al sexo masculino. Solo se constata sobremortalidad femenina correspondiente a las neoplasias (cáncer de mama y de cuello uterino) en el grupo de 30 a 49 años de edad. La mortalidad por tumores malignos en personas de 20 a 59 años de edad se estima que será en 1997 de unas 36.000 defunciones, de las que 53% corresponderán al cuartil superior (50 a 59 años).

La información disponible sobre las condiciones de salud de la mujer se refiere sobre todo a aspectos reproductivos. Los datos de un estudio nacional realizado en 1996 muestran que 96% de los partos en zona urbana tuvieron lugar en instituciones de salud (78% en las áreas rurales) y 86% de las parturientas habían recibido atención prenatal. El porcentaje de cesáreas permanece significativamente elevado, habiéndose incrementado de 32% en 1986 a 36% en 1996, con un valor máximo de 52% en el estado de São Paulo. De las mujeres en edad fértil que viven con pareja, 79% de las residentes en ciudades utilizan métodos anticonceptivos (69% en zonas rurales). Entre los procedimientos más utilizados destacan la esterilización femenina por cirugía de trompas (40%) y el uso de píldoras anticonceptivas (21%). La esterilización se practica en mujeres cada vez más jóvenes, con el consiguiente aumento en la incidencia de complicaciones. Datos de la red hospitalaria indican que de los aproximadamente 3 millones de egresos por causas obstétricas en 1996, cerca de 246.000 (8%) fueron debidos a curetaje postaborto.

La mortalidad materna es elevada, estimándose en 114 defunciones por 100.000 nacidos vivos en 1991, y se asocia a una frecuencia importante (45%) de embarazos de riesgo, más habituales (59%) en las áreas rurales, en las que hay menor acceso a servicios de salud.

La salud del adulto mayor (de 60 años y más)

Se atribuyen a enfermedades del aparato circulatorio 47% de las defunciones registradas en 1994 en la población brasileña de 60 y más años de edad. Siguen las neoplasias (16%) y las enfermedades del aparato respiratorio (14%). Entre las enfermedades cardiovasculares la enfermedad cerebrovascular contribuyó con 34% de las muertes y la cardiopatía isquémica con 28%.

Se estima que en 1997 60% de las defunciones por neoplasias malignas en el Brasil ocurrirán en el grupo de 60 y más años de edad, siendo las neoplasias broncopulmonares (13,6%), gástricas (13,0%) y de próstata (7,3%) las más frecuentes.

El progresivo aumento absoluto y relativo del contingente poblacional del grupo de mayor edad impone al sistema de salud financiar la elevación de los costos de atención de las

enfermedades crónico-degenerativas y adecuar su organización a las necesidades de salud propias de ese grupo de edad. Estudios realizados en el estado de Rio Grande do Sul mostraron que los pacientes ancianos hospitalizados no reciben una atención médica y psicosocial adecuada. Gran parte de esos pacientes presentan problemas típicos de la tercera edad, tales como incontinencia urinaria, inestabilidad postural, incapacidad para la marcha, demencia, delirio y depresión, que en esos estudios a menudo no fueron diagnosticados o fueron tratados inadecuadamente.

Del total de 12,7 millones de hospitalizaciones realizadas en 1995, casi 17% correspondieron a personas de 60 años y más, cuya tasa de egreso hospitalario es 197 por 1.000. Ese valor contrasta con las tasas encontradas en los grupos de 0 a 14 años y de 15 a 59 años, que fueron de 53 y 93 por 1.000, respectivamente. Por otra parte, el promedio de hospitalización fue de 7,1 días para los pacientes de 60 años y más, mientras que fue solo de 5 días para los pacientes de 15 a 59 años y 5,5 días para los menores de 15 años.

La salud de los trabajadores

La información sobre accidentes de trabajo proviene de las comunicaciones enviadas al Sistema de Previsión Social a fines de concesión de beneficios. Por sus características, el sistema no propicia la conformación de un cuadro epidemiológico coherente sobre la distribución de este tipo de lesiones. En 1994 se notificaron 338.304 accidentes de trabajo en todo el país. El análisis de esos registros indica que cerca de 90% de los accidentes ocurren en las regiones Sudeste y Sur; aproximadamente la mitad se producen en el sector industrial. En trabajadores varones la principal fuente generadora de accidentes es la construcción. Cerca de 60% de las notificaciones corresponden al grupo de 18 a 35 años, que aporta similar proporción de la mortalidad derivada de accidentes de trabajo. La frecuencia de accidentes en la población masculina es el triple de la observada en mujeres. Las defunciones por lesión relacionada con la actividad laboral son en varones 26 veces más frecuentes que en mujeres.

La salud de los discapacitados

No se dispone de datos de ámbito nacional que representen la magnitud del problema de la discapacidad. En un estudio realizado en 1985 en el municipio de Salvador, Bahía, se encontró una prevalencia de discapacidad de 5,3%. Este dato sugería que la prevalencia media nacional podría exceder del 1% calculado a partir de datos censales de 1991. Entre 1993 y 1996 se llevaron a cabo estudios de prevalencia de discapacidad en diversas ciudades y estados, a partir de un protocolo

de investigación desarrollado por la OPS. Las tasas encontradas variaron de 2,8% en Brasilia a 9,6% en Feira de Santana, Bahía. Los resultados destacaron la frecuencia como causas discapacitantes de los trastornos del sistema nervioso y órganos perceptivos, seguidos de los trastornos mentales y enfermedades del sistema osteomuscular, tejido conjuntivo y aparato circulatorio. Se demostró que la discapacidad se asocia en general a ingresos precarios, así como a baja escolaridad, vivienda deficiente y dificultad de acceso a atención sanitaria.

La salud de los indígenas

La población indígena actualmente está reducida a unas 300.000 personas (0,2% de la población brasileña) agrupadas en 206 etnias que ocupan 554 "territorios indígenas", distribuidos en 24 estados. Aproximadamente 50% de la población indígena está localizada en la región Norte. En el estado de Amazonas se encuentran 25% de los indígenas del país (3,2% de la población del estado) y Roraima es el estado con mayor proporción de población nativa (10,4% del total). Los pueblos indígenas muestran por lo general precarias condiciones de vida y de salud derivadas de su desprotegida interacción con la exploración económica predatoria, que históricamente ha causado la progresiva reducción territorial de las áreas demarcadas, el deterioro ambiental y la pérdida de la identidad cultural indígena.

Desde comienzos de los años noventa se ha intentado coordinar las acciones intersectoriales de atención a la salud de los pueblos indígenas y se celebraron dos conferencias nacionales sobre el tema, en 1986 y en 1993. En el estado de Roraima se ha creado el Distrito Sanitario Yanomami. No obstante, la legislación vigente mantiene responsabilidades gubernamentales diferenciadas en la atención a las comunidades indígenas, y corresponde al Ministerio de Salud las acciones preventivas, de control de enfermedades transmisibles y de saneamiento básico.

A falta de una política nacional que asegure la atención integral a la salud del indígena, la información disponible es dispersa y de difícil comparación y no permite una caracterización coherente de la salud de esos grupos de población. Entre los problemas comunes a las diversas comunidades detectados en 1996, destacan por su magnitud las infecciones respiratorias agudas y las diarreas. También son frecuentes la desnutrición, las parasitosis, la anemia, la tuberculosis y las afecciones dermatológicas, sobre todo la escabiosis. Como consecuencia de cambios de estilos de vida, se observa un aumento del alcoholismo y de las lesiones accidentales y violentas. En la región amazónica son frecuentes la malaria, la leishmaniasis cutánea y la hepatitis B. En el territorio yanomami, que ocupa 9,4 millones de hectáreas con 7.882 individuos or-

ganizados en 169 comunidades, 17% de las defunciones responden a infecciones respiratorias agudas y 10% a malaria. La primera causa de morbilidad en la población yanomami es la malaria (2.142 casos en 1996, 753 causados por *P. falciparum*). La oncocercosis es endémica en toda la región.

En 1996 se hicieron inversiones relevantes en saneamiento básico, que beneficiaron a 39.000 indígenas con la construcción o reforma de 481 sistemas simplificados de abastecimiento de agua. La capacitación de recursos humanos para la salud indígena contó con la participación de diversas instituciones. Fueron capacitadas 2.306 personas, entre ellas 1.322 agentes comunitarios indígenas.

La salud de la población negra

La población negra brasileña presenta características peculiares desde el punto de vista genético, resultado de la mezcla de individuos de etnias diversas procedentes de distintas regiones del África subsahariana. En 1993 la población brasileña de negros y "pardos" se estimó en 66,7 millones, o sea, 45% del total. Entre las enfermedades genéticamente determinadas que afectan a la población negra destaca la anemia falciforme. Otras enfermedades frecuentes, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la deficiencia de glucosa-6 fosfato-deshidrogenasa, resultan agravadas por las bajas condiciones socioeconómicas predominantes en la población negra. La anemia falciforme es la enfermedad hereditaria monogénica más común en el Brasil, con unos 8.000 casos y 2 millones de portadores del gen de la hemoglobina S. La institución de un programa de control de la anemia falciforme y otras iniciativas gubernamentales se han dirigido específicamente a mejorar la atención sanitaria a la población negra. La inclusión del atributo del color en los certificados de defunción hará disponibles datos de mortalidad en ese grupo poblacional a partir de 1997.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. Aproximadamente 19 millones de personas (12% de la población brasileña), viven en áreas de riesgo de malaria. Esas áreas están ubicadas en la región amazónica, donde ocurrieron más de 99% de los 444.049 casos de la enfermedad notificados en 1996. El índice parasitario anual (IPA) fue de 29,6 por 1.000 en 1995. Noventa y cinco municipios de la región amazónica presentan IPA superior a 50 por 1.000, siendo considerados de alto riesgo de malaria. Los tres estados que registraron mayor número de casos en 1996 fueron Pará (33% del total),

Rondônia (2%) y Amazonas (16%). Se presentaron pocos brotes de malaria fuera de las áreas de alto riesgo. De los casos registrados en 1996, 128.418 (29%) fueron causados por *Plasmodium falciparum*, lo que representa una reducción de 51% sobre el total notificado en 1988. *Plasmodium vivax* y *Plasmodium malariae* fueron responsables, respectivamente, de 71% y menos de 1% de los casos en 1996. Se considera que prácticamente todos los casos originados por *P. falciparum* tienen alguna resistencia a la cloroquina. La mortalidad por malaria disminuyó 67% entre 1988 y 1995. Los principales determinantes de la persistencia del problema de la malaria en el Brasil son la baja cobertura de las acciones integradas de control, la emigración desordenada hacia las áreas urbanas, agrícolas y de minería y la demora en el proceso de descentralización de servicios en las zonas de mayor riesgo.

No hay fiebre amarilla en las zonas urbanas del Brasil desde 1942, aunque es abundante el mosquito *Aedes aegypti*, vector urbano de la enfermedad. Las razones para ello no están claras, dado que la vacunación que se realiza probablemente no es suficiente para evitar la transmisión. Casos de fiebre amarilla selvática ocurren todos los años. Entre 1993 y 1996 se notificaron 102 casos en los estados de Amazonas, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Pará y Roraima. En 1996 se notificaron 12 defunciones y 14 casos de fiebre amarilla selvática, todos en el estado de Amazonas. La alta letalidad probablemente indica un elevado subregistro. La principal medida para la prevención de la fiebre amarilla selvática es la vacunación. En los últimos dos años más de 3,6 millones de personas fueron vacunadas, casi todas residentes en los estados donde ocurre la transmisión selvática, o personas que se desplazan a los mismos.

La incidencia del dengue está aumentando en el país, habiéndose registrado más de 175.000 casos en 1996. A pesar del número anual de casos notificados, que excede al de cualquier otro país del continente, hay pocos casos de dengue hemorrágico. En los últimos cuatro años se han registrado 127 casos con 14 defunciones, y en 1996 solamente seis casos y una defunción. Se han notificado casos autóctonos de dengue en 20 estados brasileños, en 14 de los cuales circulan dos serotipos del virus, dengue 1 y dengue 2. La infección en secuencia por dos diferentes serotipos es el factor de riesgo más importante para el dengue hemorrágico, por lo que hay un gran riesgo de epidemia de grandes proporciones. En función de la gravedad potencial del dengue hemorrágico y de la fiebre amarilla urbana, el Gobierno ha iniciado el Plan Director de Erradicación de *Aedes aegypti*, que propone utilizar US\$ 4.300 millones durante el próximo trienio en los 2.000 municipios infestados de 26 de los 27 estados.

De las cinco especies de triatomíneos transmisores de la enfermedad de Chagas, el más importante es *Triatoma infestans*. La zona de infestación de ese vector se ha reducido de

711 municipios en 1992 a 83 en 1993. El éxito alcanzado por el programa nacional de control ha sido fundamental para el lanzamiento, en 1991, de la iniciativa de los países del Cono Sur para la erradicación de *T. infestans* y la interrupción de la transmisión transfusional de la infección por *Trypanosoma cruzi*. En 1996 se rociaron 104.500 viviendas, principalmente en focos residuales que persisten en el norte del estado de Rio Grande do Sul, en el oeste de Bahía, en el sudeste de Tocantins y en el nordeste de Goiás. En estudios realizados entre 1989 y 1996 en escolares de 7 a 14 años, en los que se analizaron cerca de 180.000 muestras procedentes de 18 estados y 662 municipios brasileños, se encontró una seroprevalencia de 0,2%. En 1996 se procesaron cerca de 2 millones de muestras serológicas en bancos de sangre, con una tasa de seropositividad de 0,8%. La continuidad de las acciones y el cumplimiento de las metas de erradicación hacen prever la interrupción de la transmisión vectorial por *T. infestans* en el año 2000.

La esquistosomiasis es endémica en prácticamente todos los estados del Nordeste y en dos estados del Sudeste (Minas Gerais y Espírito Santo). Además existen focos localizados en las demás regiones del país: Norte (nordeste del Pará), Centro-Oeste (Distrito Federal) y Sur (Paraná y Santa Catarina). A pesar del gran número de actividades sistematizadas de diagnóstico coproscópico y tratamiento de casos (2,7 millones de exámenes en 1995), las acciones de control —que incluyen mejoras sanitarias domiciliarias y manejo ambiental— todavía no pudieron extenderse a todas las zonas endémicas. Sigue habiendo zonas donde la prevalencia excede de 25%, lo que representa un serio riesgo para el desarrollo de formas graves de la enfermedad. En general, la tendencia es a la disminución de las áreas de alta prevalencia y a la reducción de la gravedad clínica de la enfermedad.

La leishmaniasis visceral (kala-azar) se concentra en el Nordeste, región donde ocurren más de 90% de los 2.000 casos registrados anualmente en el país. Hay también focos importantes en el Norte, Sudeste y Centro-Oeste. A partir de los años setenta se observa la urbanización de la endemia que se asocia con condiciones precarias de vida y de nutrición de las poblaciones afectadas. Las epidemias en las capitales de estados del Nordeste en el periodo 1981–1985 y de 1993–1994 exigieron acciones de control con carácter de emergencia sanitaria. La incidencia de leishmaniasis tegumentaria americana pasó de 10 a 23 casos por 100.000 habitantes entre 1985 y 1995, siendo predominante en las regiones Norte y Nordeste. Este incremento corresponde a dos modelos epidemiológicos distintos, uno relacionado con la expansión de las fronteras agrícolas y otro con el crecimiento de las regiones periurbanas, con una posible adaptación de los parásitos a reservorios extraselváticos.

Los focos de peste persistentes en el Brasil —casi todos localizados en regiones serranas y mesetas de la Región Nor-

deste— se mantienen bajo control. Se registraron nueve casos humanos en 1995 y un caso en 1996.

El principal foco de filariasis linfática está situado en el área metropolitana de Recife, en Pernambuco, donde fueron notificados más de 1.500 casos en 1995. Se está intentando poner en marcha un plan nacional de eliminación de la enfermedad apoyado en el uso en masa de nuevas terapias.

La oncocercosis afecta principalmente a la población indígena del parque yanomami, a lo largo de la frontera con Venezuela. Se han registrado casos en tribus próximas y también en individuos blancos que visitan la región, lo que representa un riesgo potencial de diseminación de la endemia a otras partes del país.

Enfermedades inmunoprevenibles. Los últimos casos de poliomielitis en el Brasil se registraron en 1989 y en 1994 se certificó la interrupción de la transmisión autóctona de poliovirus salvaje. La presentación de parálisis flácida aguda en menores de 15 años de edad —indicador utilizado para el seguimiento de la actividad del sistema de vigilancia epidemiológica de la enfermedad— se mantiene en la tasa media anual de 0,9 casos por 100.000 habitantes.

La incidencia de sarampión se ha reducido drásticamente en todo el país desde que en 1992 se vacunó a más de 90% de la población de menores de 16 años. Desde entonces se intensificaron las actividades de vigilancia epidemiológica y de control de brotes de la enfermedad para lograr su eliminación. De los 4.000 casos sospechosos notificados e investigados anualmente desde 1994, más de 70% fueron descartados como sarampión. En 1995 fueron confirmados por laboratorio 19 casos, registrándose además 887 casos clínicamente compatibles. En 1995 y 1996 no se registró ninguna defunción por sarampión en el país. Dos brotes en 1996, en los estados de Santa Catarina y São Paulo, desafiaron el plan de eliminación de la enfermedad. En junio de 1997 el brote de São Paulo continuaba en ascenso, con 383 casos confirmados por laboratorio desde el inicio del año, más de la mitad en personas de 20 a 29 años de edad.

El tétanos neonatal todavía es esporádico en el Brasil y en pequeños municipios del Norte y del Nordeste se concentran más de la mitad de los casos. En 1995 se registraron 127 casos, casi la mitad de los notificados en 1992. Las otras formas de tétanos se presentan principalmente en adultos. Entre 1992 y 1994 se registraron 1.238 defunciones por esta causa, con mayores tasas de mortalidad en mayores de 40 años de edad. En 1995 se notificaron 900 casos (0,6 por 100.000 habitantes).

La incidencia de difteria se encuentra en progresiva reducción, habiéndose notificado 200 casos en 1995 (0,1 por 100.000), y 62 defunciones en el período 1992–1994. Las tasas más elevadas se encuentran en la región Sur y en el grupo de 1 a 4 años de edad.

La tos ferina ha causado 124 defunciones registradas en el período 1992–1994, casi todas (118) en lactantes. En 1995 se notificaron 3.236 casos (una tasa de 2,1 por 100.000), con las menores tasas en la región Sudeste.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. Desde el inicio de la epidemia de cólera en 1991, hasta 1994 se han acumulado en el país cerca de 150.000 casos con 1.700 defunciones. En 1995 se registraron 5.000 casos, aproximadamente 10 veces menos que el año anterior. En 1996 se han registrado apenas 900 casos confirmados. Durante todo el período se ha observado una expansión progresiva del área de transmisión de la enfermedad, que ha llegado a 1.226 municipios brasileños (22% del total), casi todos localizados en el Norte y el Nordeste. En los dos últimos años la enfermedad avanzó prácticamente en todas las áreas vulnerables, donde predominan condiciones precarias de saneamiento que propician la endemidad.

El uso de la terapia de rehidratación oral aumentó 35% en la región Nordeste entre 1991 y 1996, contribuyendo significativamente a la reducción de la mortalidad por diarrea. A esa causa se atribuyeron todavía 25% de los egresos hospitalarios de menores de 1 año durante 1995 y 1996.

Enfermedades crónicas transmisibles. La tendencia al descenso de la tuberculosis que se observó durante los años ochenta se ha frenado en los últimos años y la incidencia ascendió incluso en algunas ciudades importantes, como Rio de Janeiro. Se atribuyen a la tuberculosis unas 6.000 defunciones anuales. En 1995 se notificaron 91.013 casos de tuberculosis de todas las formas clínicas, lo que significa una incidencia de 29 casos por 100.000 habitantes. Aproximadamente la mitad de esos casos correspondieron a la forma pulmonar bacilífera. Entre los 258.616 pacientes sintomáticos respiratorios examinados en 1995, 10% tuvieron una baciloscopia positiva de esputo. La región Norte ha presentado la incidencia más elevada de formas pulmonares positivas a la baciloscopia, seguida por el Nordeste. El estado de Rio de Janeiro, en el Sudeste, fue el que registró incidencias más elevadas en 1995, tanto de tuberculosis de cualquier tipo (127 por 100.000), como de la forma pulmonar bacilífera (56 por 100.000). Datos recientes indican que la multirresistencia a drogas tuberculostáticas es preocupante. Está actualmente en curso un estudio epidemiológico nacional para determinar la importancia del problema con mayor precisión. La tuberculosis se presenta como infección oportunista en 15% de los casos de sida.

La lepra continúa siendo un problema importante. A fines de 1996 existían 105.744 enfermos registrados, lo que representa una prevalencia de 6,8 por 10.000. En el mismo año se diagnosticaron 39.792 casos nuevos (una tasa de detección de 2,5 casos por 10.000). Las regiones más afectadas continúan siendo el Norte y Centro-Oeste. A pesar de lo anterior, como

resultado de las acciones del programa nacional de control, especialmente el tratamiento con poliquimioterapia, se han logrado avances importantes hacia la eliminación de la enfermedad como problema de salud pública, lo que implica alcanzar una prevalencia menor de 1 por 10.000. En el período 1991–1996 el número de casos registrados disminuyó de 278.692 a 105.744, lo que representa una reducción de 172.948 casos. La prevalencia se redujo en el mismo período de 18,2 a 6,8 por 10.000.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas son una de las tres causas principales de enfermedad y muerte de los niños brasileños. Datos de la investigación nacional realizada en 1996 indican que en los 15 días anteriores a la entrevista domiciliaria, 47% de los niños menores de 10 años habían presentado tos acompañada de respiración agitada, 25% habían tenido fiebre y 18% fueron atendidos en servicios de salud con síntomas de infección respiratoria. Los niños de 6 a 23 meses son los más afectados.

Rabia y otras zoonosis. La incidencia de rabia humana y canina decreció mucho desde el establecimiento en los años setenta del programa nacional de control, que ha dado prioridad a las campañas anuales de vacunación de perros en áreas urbanas. En 1995 se registraron 31 casos humanos y 712 casos caninos; en 1996 hubo 25 personas afectadas. La cobertura de vacunación canina llegó en 1996 a 89%. La enfermedad está eliminada desde los años ochenta en los estados del Sur del país. En el período 1980–1996 se detectaron 76 casos de rabia humana transmitida por murciélagos, casi todos ellos en asentamientos rurales de la región amazónica. El tratamiento profiláctico antirrábico humano está estandarizado y adoptado nacionalmente.

La leptospirosis humana es endémica en los principales centros urbanos y se producen brotes estacionales en los períodos de inundaciones. Entre 1986 y 1995 se registraron 25.482 casos y 2.966 defunciones. Posteriormente se ha observado un aumento de la incidencia de la enfermedad.

La gravedad del problema de la teniasis-cisticercosis la demuestra el registro anual de un centenar de defunciones por neurocisticercosis en los estados del Sudeste y del Sur, donde son mejores las condiciones de diagnóstico de la enfermedad. La hidatidosis humana continúa siendo un problema importante, concentrado principalmente en el extremo sur del país.

La tuberculosis y la brucelosis en animales son consideradas enfermedades de baja prevalencia. La incidencia puede ser media-alta en el ganado vacuno de algunas cuencas lecheras. La brucelosis humana no es enfermedad de notificación obligatoria en el Brasil.

En el período 1990–1993 hubo 81.611 notificaciones de mordeduras de serpiente, con 355 defunciones. Anualmente se notifican unos 8.000 casos de picaduras de escorpión,

sobre todo en menores de 14 años, con una letalidad de casi 1%. La incidencia de picaduras de arácnidos llega a 1,5 casos por 100.000 habitantes, con concentración en las regiones Sur y Sudeste, habiéndose notificado 18 defunciones por esta causa en el período 1990–1993.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. La epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida se inició en 1980 en las ciudades de São Paulo y Rio de Janeiro y se ha diseminado a todos los estados del país. Hasta febrero de 1997 se registraron 103.262 casos de sida, 74% de los mismos concentrados en la región Sudeste. En todo el período y en el conjunto del país la incidencia media acumulada por 100.000 habitantes es de 74 casos, cifra que se eleva a 125 en el Sudeste y solo llega a 21 en el Nordeste. No se observa una difusión intensa de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el interior del país y, menos aún, una tendencia a la ruralización. En 1.740 de los 5.508 municipios brasileños hubo por lo menos un caso de sida, pero solo en 427 municipios se notificaron cinco o más casos. Las estimaciones preliminares indican que de 338.000 a 448.000 adultos de 15 a 49 años de edad puedan estar infectados por VIH. Las encuestas serológicas indican niveles elevados de positividad en la población penitenciaria. En el conjunto del país la velocidad de expansión del sida sigue siendo reducida, sobre todo en comparación con lo que ocurre en las áreas donde la epidemia se estableció inicialmente y llegó a afectar amplios segmentos poblacionales.

En los últimos años se observaron importantes alteraciones en el perfil epidemiológico de la epidemia. La transmisión sexual continúa siendo predominante (66% del total de casos con categoría de exposición conocida), pero hacia 1990 la concentración inicial de casos en varones homosexuales y bisexuales comenzó a reducirse progresivamente a la vez que se inició una tendencia creciente a la detección de casos en heterosexuales de cualquier sexo. En la categoría de exposición sanguínea (31% de los casos con exposición conocida), el uso de drogas inyectables ha pasado a constituir el factor de riesgo principal (87,4% de los casos registrados en 1995), en lugar de la transfusión sanguínea, que se redujo de 40% en 1986 a menos de 11% en el período 1993–1996. Este resultado deriva de la expansión en todo el país de las actividades de control de donantes de sangre, grupo en el que se registró en 1995 una seroprevalencia de infección por VIH de 0,49%. También destaca un aumento gradual de la transmisión perinatal, que ha sido responsable de 3,8% de los casos notificados en 1995 (86% de los casos pediátricos).

Se observa un aumento progresivo de casos en pacientes con baja escolaridad. En 1994, 70% de los casos correspondieron a pacientes que tenían solamente escolaridad primaria o eran analfabetos. Dicha proporción alcanzó 78% de los casos en mujeres.

Se ha asistido a una reducción progresiva en el exceso de casos masculinos. La razón hombre/mujer disminuyó de 28:1 en 1985 a 3:1 a partir de 1993, lo cual puede indicar el aumento de la transmisión heterosexual a partir de bisexuales varones y heterosexuales usuarios de drogas. Por otra parte, 27% de los casos en mujeres habidos hasta 1995 consumían drogas y 12% eran parejas de bisexuales masculinos.

Otras enfermedades de transmisión sexual. Entre 1987 y 1996 se notificaron en el Brasil 504.219 casos de enfermedades de transmisión sexual (ETS) que por orden de magnitud se distribuyeron en las siguientes categorías: uretritis no gonocócica (28,5%), sífilis adquirida (28,3%), gonorrea (27,7%), condiloma acuminado (11,3%), chancro blando (1,8%), linfogranuloma venéreo (1,0%), sífilis congénita (0,9%), granuloma inguinal (0,3%) y oftalmía gonocócica (0,2%). La mayoría de los casos provienen de la región Sur (40,9%), pero se considera que los datos disponibles reflejan grandes variaciones en los sistemas de notificación de cada estado y distorsionan la situación epidemiológica. Según datos de bancos de sangre públicos, en 1995 resultaron seropositivas para sífilis 1% de las muestras de sangre de donantes; por regiones, la seropositividad fue de 0,5% en el Sur y 2% en el Norte.

Enfermedades emergentes y reemergentes. Anualmente se notifican alrededor de 28.000 casos de meningitis de los que 15–20% se consideran meningitis meningocócica. Desde 1985 el serogrupo B de *Neisseria meningitidis* ha sido el más común, pero a partir de 1987 se ha observado un progresivo aumento del serogrupo C, sobre todo en el Sur y Sudeste, habiendo estados donde esos dos serogrupos se hallan con similar frecuencia. El grupo de edad más afectado ha sido el de menores de 4 años. La letalidad general de la meningitis meningocócica en el país fue aproximadamente de 20% en 1995–1996. Otras causas importantes de casos de meningitis son las infecciones por neumococo (6% de los casos de meningitis en general), por *Haemophilus influenzae* tipo B (5%), por *Mycobacterium tuberculosis* (2%) y por virus (30%). De los 1.500 casos anuales registrados de meningitis por *H. influenzae*, más de 90% ocurren en niños menores de 5 años.

La hepatitis vírica es muy frecuente en el país y fue responsable de 16.851 hospitalizaciones y cerca de 800 defunciones en 1995. Diversos estudios han mostrado el enorme impacto de las infecciones por virus de la hepatitis B y por virus delta en la población de la Amazonia occidental. También en estados del Sudeste (Espírito Santo) y del Sur (Santa Catarina) se ha detectado recientemente una alta endemicidad de estos tipos de hepatitis. Datos de hemocentros públicos mostraron en 1995 seroprevalencias de hepatitis C y B de 1,2% y 0,6%, respectivamente, en donantes de sangre.

Como en otros países, también en el Brasil preocupa el surgimiento de enfermedades causadas por agentes previamente desconocidos. En los años setenta el virus Rocio, un nuevo arbovirus, causó cerca de un millar de casos de encefalitis en el estado de São Paulo. En los años ochenta la fiebre purpúrica brasileña por *Haemophilus aegypti* generó brotes infantiles de septicemia en los estados de São Paulo y Paraná. En 1993 se detectó serológicamente un brote familiar de infección por virus Hanta. Estos y otros episodios muestran la necesidad de prestar mayor atención a las nuevas enfermedades infecciosas. En 1995 se puso en marcha un proyecto de capacitación científica y tecnológica en enfermedades emergentes o reemergentes, con especial atención a los aspectos de bioseguridad.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Los índices de desnutrición correspondientes a menores de 5 años en el conjunto del Brasil muestran en 1996 un déficit de 10,5% en la talla según la edad, de 2,3% en el peso según la talla y de 5,7% en el peso según la edad. A lo largo de las dos últimas décadas, se ha verificado una reducción progresiva de la desnutrición (proporción que presenta un peso para la edad dos desviaciones estándar o más por debajo del valor medio esperado) en menores de 5 años, con una declinación de 60% entre 1975 y 1989 y de 20% entre 1989 y 1996. La talla media de los niños brasileños nacidos en el quinquenio 1980–1984 es significativamente mayor (de 3,3 a 4,6 cm) que la registrada durante los años sesenta, con mayor incremento en el sexo femenino. La reducción de la desnutrición en el período 1975–1989 ha alterado la relación entre desnutrición y obesidad, que era de más de 4 niños desnutridos por cada obeso y ha pasado a 2 desnutridos por cada obeso. En ese mismo período, la proporción de adultos obesos casi se ha doblado de 5,7% a 9,6%. En 1989, la obesidad supera a la desnutrición entre las mujeres de todos los niveles de renta y entre los hombres de renta media y alta.

En cuanto a carencias nutricionales específicas, destacan las deficiencias de vitamina A, de yodo y de hierro. El Nordeste brasileño es un área típica de hipovitaminosis A, con zonas donde más de 40% de la población infantil revela concentraciones de retinol sérico por debajo de 20 µg/dl. Además del Nordeste, se consideran endémicos el valle del Jequitinhonha, en Minas Gerais, y el valle del Ribeira, en São Paulo. En esas áreas la población expuesta a actividades de suplementación alimentaria totaliza unos 6,5 millones de niños de 6 a 59 meses de edad.

En 1975, en una encuesta nacional sobre el bocio endémico en la población escolar se hallaron prevalencias de 1% a

33,5% en los distintos estados. Estudios complementarios realizados en 1984, 1989 y 1990 en municipios seleccionados para las actividades del programa nacional de lucha contra el bocio endémico mostraron una tendencia general decreciente de la prevalencia en esas áreas, aunque en algunos municipios se registraron aumentos.

Se atribuye gran importancia al problema de la anemia por deficiencia de hierro, sobre todo en mujeres embarazadas y en niños menores de 2 años. En embarazadas que acuden a servicios de salud se han hallado prevalencias de anemia ferropénica de 25% a 44%, con un valor extremo de 65% en el estado de Pará. En niños menores de 5 años los estudios publicados muestran prevalencias de anemia que varían de 59% en São Paulo a 70% en Pará. En el estado de Pernambuco 85% de los niños de 6 a 11 meses de edad presentaron anemia, que se halló en 82% de los de 12 a 23 meses y en 17% en los de 5 a 6 años. El único estudio nacional sobre el consumo de hierro por la población brasileña, realizado hace 20 años, mostró valores medios adecuados con deficiencias evidentes en la población de bajos ingresos.

El amamantamiento materno ha aumentado progresivamente en los últimos años como resultado de acciones integradas de organismos gubernamentales, asociaciones de profesionales de la salud, entidades científicas y otras organizaciones. Entre 1989 y 1996 la duración media del amamantamiento materno aumentó de 5 a 7,5 meses, y la frecuencia de alimentación exclusiva con leche materna se incrementó 11 veces en el grupo de hasta 3 meses de edad y 25 veces en el grupo de 4 a 6 meses. En 1996 la prevalencia general de amamantamiento para los grupos de 0 a 3 meses de edad y de 4 a 6 meses se estimó, respectivamente, en 85,4% y 63,7%; la de amamantamiento como alimentación predominante, en 43,5% y 18,4%; y la de amamantamiento exclusivo, en 0,3% y 12,8%. Estas prevalencias se consideran muy insatisfactorias, ya que más de 95% de los niños brasileños inician la alimentación con leche materna al nacer, pero el amamantamiento exclusivo se retira de manera muy precoz y el destete se produce mucho antes de lo debido.

Un estudio multicéntrico de la diabetes mellitus realizado en nueve capitales brasileñas entre 1986 y 1988 mostró una prevalencia media de 7,6% en la población urbana de 30 a 69 años de edad, con valores más elevados en São Paulo (9,7%) y Porto Alegre (8,9%). De 5% a 10% de los casos fueron del tipo insulino dependiente. Se observó el aumento progresivo de la prevalencia de diabetes con la edad, que se elevó de 2,7% en el grupo de 30 a 39 años, a 17,4% en el de 60 a 69 años, sin variaciones significativas por sexo.

Enfermedades cardiovasculares. En las últimas décadas ha aumentado la participación de las enfermedades del aparato circulatorio en la mortalidad general. Entre 1930 y 1980 la mortalidad proporcional debida a estas causas pasó

de 11,8% a 30,8% en las capitales brasileñas. Análisis más recientes del total de defunciones registradas en el Brasil en el período 1990–1994 indican que 33,9% del total fueron debidas a enfermedades cardiovasculares, que son la primera causa de defunción en todas las regiones del país, con una mortalidad proporcional mayor en mujeres (36,2% de las defunciones en 1986, frente a 29,0% en varones). Esta diferencia se debe al gran peso de las causas externas de mortalidad en el sexo masculino. En 1991 las causas específicas más frecuentes de defunción por enfermedades del aparato circulatorio en las capitales brasileñas fueron la enfermedad cerebrovascular (11,6%), la enfermedad isquémica del corazón (9,8%) y la hipertensión arterial (2,3%).

En 1991 el gasto del sistema de salud en asistencia a pacientes con enfermedades cardiovasculares se estimó en unos US\$ 500 millones, solamente en lo referente a hospitalización. Si se suma la atención ambulatoria y el costo de prótesis y materiales especiales, esa cifra se eleva a US\$ 1.000 millones. Las enfermedades del aparato circulatorio generan 25% de los egresos hospitalarios y consumen 13% del total de los recursos sanitarios asistenciales.

Tumores malignos. Con la desaceleración de las tasas de natalidad y mortalidad infantil, y el consiguiente aumento de la esperanza de vida, las neoplasias malignas asumen un papel destacado en el perfil de morbimortalidad del Brasil. Según estimaciones de morbilidad para el año 1997 las seis principales localizaciones primarias del cáncer, en orden decreciente de frecuencia son: mama (28.310 casos nuevos), cuello uterino (22.500), estómago (19.820), pulmón (19.015), colon y recto (17.630) y próstata (14.020). La población femenina sufre una pesada contribución a las enfermedades malignas, sobre todo a edades jóvenes, al ser exclusivamente femeninas las dos formas más frecuentes de neoplasia. La incidencia global de cáncer de cualquier localización es de 176 casos por 100.000 habitantes en mujeres y 162 por 100.000 en varones. En estos el cáncer de pulmón asume el primer lugar, con una incidencia (20,1 por 100.000) que excede en mucho a la estimada en mujeres (5,9 por 100.000), en las que constituye el sexto tipo más frecuente de cáncer. Los siguientes tipos de cáncer más frecuentes en el sexo masculino son las neoplasias de próstata y de estómago. El cáncer gástrico es mucho más frecuente en varones (18,6 casos por 100.000) que en mujeres (8,5 por 100.000), en las que es el cuarto tipo más frecuente. El cáncer de colon y recto representa la cuarta localización más frecuente en hombres y la tercera en mujeres, con incidencias similares (12,4 y 11,6 por 100.000) en ambos sexos.

Se estima que en 1997 ocurrirán en el conjunto del país 97.700 defunciones por neoplasias malignas de todas las localizaciones. Predominarán las defunciones por cáncer de pulmón (11.950 defunciones) y de estómago (11.150), siguiendo

las debidas a cáncer de mama (6.780), cuello uterino (5.760), colon y recto (5.440) y próstata (4.690). A diferencia de la morbilidad, la mortalidad muestra predominio en el sexo masculino (72,5 defunciones por 100.000 habitantes, frente a 60,7 en el sexo femenino).

En el perfil de morbimortalidad por cáncer se observan algunas variantes entre las regiones del país. En la población masculina, el cáncer de próstata ocupa el primer lugar en las regiones Sudeste y Centro-Oeste, en tanto que en el Norte y en el Nordeste la primera causa es el cáncer de estómago y en el Sur predomina el de pulmón. En la población femenina los cánceres de mama y de cuello uterino aparecen entre las dos localizaciones más frecuentes en todas las regiones del país, pero la tercera causa en las regiones Norte y Nordeste es el cáncer de estómago. En las demás regiones del país esa posición la ocupa el cáncer de colon y recto.

Accidentes y violencia. Los accidentes y la violencia (causas externas) han ocupado en el presente decenio el segundo lugar entre las causas de muerte en el Brasil. Representan cerca de 15% de los registros de defunción por causa definida, con una tasa de 70 defunciones por 100.000 habitantes. En el grupo de 5 a 39 años de edad son la primera causa y en el de 15 a 19 años provocan casi 80% de las defunciones. Los homicidios ocupan el primer lugar entre las causas externas, con cerca de 30% del total de defunciones atribuibles a estas causas. Entre 1977 y 1994, a nivel nacional la tasa específica de defunción por homicidio aumentó 160%. Las principales víctimas son los varones adultos jóvenes, particularmente entre 20 y 29 años de edad. Entre las causas externas, destacan las lesiones por accidentes de tráfico, que aumentaron rápidamente hasta mediados de los años ochenta y presentaron una leve disminución a partir del 1990. La mortalidad en varones es mayor que en mujeres, con una razón de 3:1.

En cuanto a la morbilidad por causas externas, según las estadísticas hospitalarias se deben a ellas 6% de las hospitalizaciones. Sin embargo los egresos hospitalarios se codifican según la naturaleza de las lesiones y no se dispone de datos sobre los tipos de causas determinantes.

Según estadísticas nacionales de accidentes de tráfico, en 1995 ocurrieron 255.000 accidentes con víctimas, en los que se produjeron 321.000 heridos y 25.513 defunciones, de las que cerca de 80% correspondieron a varones y 70% al grupo de 15 a 59 años. El costo total de esos accidentes se estima en US\$ 966 millones. Desde 1992 se observa una ligera disminución de la mortalidad por accidentes de tráfico, que fue de 9,6 defunciones por 10.000 vehículos en 1995. Destaca la elevada proporción de muertes de peatones por atropellamientos. Estos contribuyeron con 28% de los accidentes registrados ese año. En 1997 se puso en marcha un programa nacional de seguridad en el tránsito destinado a reducir los índices de accidentes, el número de defunciones y la gravedad de las lesio-

nes. Se prevé la utilización de recursos del Banco Interamericano de Desarrollo por valor de US\$ 400 millones durante cinco años.

Trastornos mentales y del comportamiento. Los datos más recientes sobre la distribución de los trastornos mentales en la población brasileña provienen de una investigación realizada en 1990–1991 en tres regiones metropolitanas. Los trastornos de tipo neurótico, especialmente ansiedad y fobia, fueron los más frecuentes, con una prevalencia variable desde 7,6% en São Paulo hasta 17,6% en Brasilia. La depresión no psicótica se detectó en 14,5% de las mujeres de Porto Alegre. Las distintas formas de alcoholismo representaron una importante demanda potencial de atención psiquiátrica en la población mayor de 15 años de edad, ya que se hallaron en proporciones variables de 4,5% a 8,7%, y llegaron a 15% en la población masculina de algunas ciudades.

El consumo de drogas es un problema creciente, principalmente en el estrato joven de la población, donde las drogas ilícitas son las más utilizadas. El alcoholismo y el uso de drogas representan en conjunto cerca de 20% de las hospitalizaciones por trastornos mentales en el Brasil, llegando a 28% en la región Sur, según datos de 1995. El alcoholismo fue causa básica de 3.621 defunciones (solo 10,8% de las mismas en mujeres), 35,5% de ellas en personas menores de 40 años. En otra investigación en la que se incluyeron capitales de cinco estados, el consumo de drogas entre niños que viven en la calle —sin considerar el alcohol y el tabaco— llegó a 82,5% en São Paulo y 90,5% en Recife. El uso de drogas inyectables es factor de creciente importancia en la transmisión del sida, siendo responsable de 20,7% del total de casos registrados hasta 1996. El uso de drogas ilegales también se asocia al aumento de la violencia y la prostitución, problemas que repercuten de diversas formas sobre la situación de salud en las áreas urbanas.

Se estima que hay unos 30 millones de brasileños fumadores y que 80.000 defunciones anuales son producidas por causas relacionadas con el tabaquismo. Las acciones de control han dado prioridad a la difusión de material educativo en escuelas y centros de trabajo, la restricción de la propaganda comercial y la prohibición de fumar en los locales públicos.

Salud oral. La prevalencia de la caries dental en la población brasileña ha disminuido considerablemente en los últimos años. Encuestas realizadas por el Ministerio de Salud en las capitales de los estados brasileños muestran que el índice CPO-D a los 12 años de edad se redujo de 6,67 en 1986 a 3,06 en 1996 como resultado de diversas acciones educativas y preventivas implementadas con participación del sector público y de entidades odontológicas. La fluoruración del agua de consumo público en 1996 alcanzó una cobertura de 42% de la población.

Desastres naturales, ambientales e industriales. Los desastres habituales en el Brasil son inundaciones, desprendimientos de tierras, derrumbamientos y sequías que afectan principalmente a poblaciones de bajos ingresos en zonas de urbanización precaria. Datos referentes al estado de São Paulo indican un aumento progresivo del número de incidentes ambientales desde 1978, con 215 registros en 1995 y 398 en 1996. La mayoría de los accidentes notificados entre 1978 y 1996 tuvieron su origen durante el transporte terrestre (39%) o marítimo (12%), o se produjeron en puestos de abastecimiento de combustible (8%), domicilios (8%) o industrias (6%). Las clases de productos químicos más involucradas en esos accidentes fueron los líquidos inflamables (41%), corrosivos (14%) y gases (11%). En 1995, la explosión en un centro comercial en el municipio de Osasco, São Paulo, causó 45 defunciones y, en 1996, la caída de un avión sobre una zona de viviendas vecina al aeropuerto de la ciudad de São Paulo ocasionó un centenar de muertes.

Las acciones referentes a desastres naturales y ambientales se encuadran en el sistema nacional de defensa civil. Creado por decreto-ley en 1993 y coordinado por la Secretaría Especial de Políticas Regionales del Ministerio del Planeamiento y Presupuesto, integra subsistemas estatales y municipales. Sus prioridades son la capacitación de recursos humanos en cuanto a desastres químicos, seguridad radiactiva en hospitales y atención a las poblaciones afectadas por inundaciones y sequías. En la mayor parte de las empresas del sector químico y petroquímico —privadas o estatales— hay programas de prevención contra accidentes y estructuras para la atención de situaciones de emergencia.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Las políticas sociales del Gobierno del Brasil dentro de las cuales se integra la política de salud son coordinadas por el Comité de Política Social, integrado por los ministros del área social con la participación de los ministerios de Hacienda y Planeamiento, bajo la dirección del Presidente de la República. Ese comité establece estrategias para la acción articulada de los diferentes órganos ejecutores de programas sociales.

En comparación con el PIB, el gasto público en salud alcanzó su máximo durante el período 1980–1990 en 1989, con un porcentaje de 3,3% que se redujo drásticamente durante los años siguientes, volviendo a aumentar en 1994 y alcanzando 2,7% en 1995. Si se añaden los gastos privados de las personas físicas —estimados en 34% del gasto total en 1990— el gasto total en salud en 1995 corresponde a cerca de 4,1% del PIB. Esto puede ser una subestimación, ya que la fuerte reducción del gasto público en salud entre 1990 y 1993

condujo a un aumento del gasto directo de las personas en pago de servicios privados. El gasto federal en actividades sanitarias promovidas por el Ministerio de Salud representó en 1996 aproximadamente 10% de la recaudación tributaria, valor que en 1989 había llegado a 19%.

La acción gubernamental en temas de salud se centra en dos objetivos fundamentales: por una parte, mejorar la situación sanitaria, especialmente en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad en la infancia; por otra, reorganizar el sector en lo político-institucional, con vistas a la recuperación y modernización de la capacidad operativa del sistema de salud. Para atender al primer objetivo se desarrollan acciones de control de las enfermedades transmisibles, de prevención y tratamiento de la desnutrición, de atención integral a la salud materno-infantil y de mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico. El esfuerzo conjunto de los sectores de salud y saneamiento busca reducir la mortalidad infantil a 22,6 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1999. La reorganización político-institucional presupone un amplio reordenamiento del modelo de atención sanitaria que tiene como estrategia prioritaria la profundización del proceso de descentralización. Esos objetivos están especificados en el plan de acciones y metas prioritarias para el bienio 1997–1998, puesto en marcha en marzo de 1997 por el Ministerio de Salud. El plan se centra en lo preventivo, con énfasis en la atención primaria, así como en la mejora de la calidad de los servicios y en la interacción del sistema de salud con la sociedad, con el fortalecimiento de los consejos de salud. Para la realización de las acciones y alcance de las metas del plan un instrumento fundamental es el acuerdo de financiamiento firmado por el Ministerio de Salud con el BID y el Banco Mundial para la ejecución a partir de 1997 del proyecto de Reorganización y Fortalecimiento del Sistema Único de Salud (REFORSUS). Los objetivos específicos de ese proyecto son la recuperación física y tecnológica de la red de servicios y el desarrollo de la capacidad de gestión del sistema en sus distintos niveles. El proyecto da prioridad a la asistencia a la maternidad y a las urgencias médicas en los grandes centros, las redes de hemoterapia y de laboratorios de salud pública y las acciones de salud de la familia. Por otra parte, impulsa las innovaciones en la administración del sector, en los campos de la información y la evaluación en salud, así como en la formulación de políticas de salud descentralizadas, la capacitación gerencial de las unidades gestoras y de la garantía de calidad de sistemas y servicios. El proyecto durará tres años y cuenta con US\$ 650 millones, \$195 para el primer año.

La reforma del sector salud

La reforma sanitaria brasileña tiene como marco la Octava Conferencia Nacional de Salud realizada en 1986 y pretende

una amplia reestructuración financiera, organizativa e institucional del sector sanitario público, con tres objetivos principales: a) transferir la responsabilidad de las prestaciones asistenciales sanitarias del Gobierno nacional a los gobiernos locales; b) consolidar el financiamiento y la provisión de servicios públicos de salud, orientándolos a la equidad y la integralidad de la atención, y c) facilitar la participación efectiva de la comunidad en el planeamiento y control del sistema de salud. Este marco de reforma tiene su base jurídico-institucional en la Constitución Federal de 1988 y las leyes posteriores.

La Constitución Federal de 1988 dedicó a la salud una sección en el capítulo referente a la Seguridad Social. El texto constitucional configura la salud como un derecho de todos y un deber del Estado, al que debe atenderse mediante políticas económicas y sociales dirigidas tanto a la reducción de riesgos de enfermedades y otros daños a la salud como al acceso universal e igualitario a acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en un Sistema Único de Salud (SUS) de carácter público, federativo, descentralizado, participativo y de atención integral. El desarrollo del marco constitucional que permitiera la institucionalización del SUS generó las leyes orgánicas de salud (8.080/90 y 8.142/90), el decreto 99.438/90 y las normas operativas básicas de 1991, 1993 y 1996. La ley 8.080/90 reglamenta el SUS que es responsable, aunque sin exclusividad, de la concreción de los principios constitucionales del derecho a la salud. El SUS agrega todos los servicios públicos (de nivel federal, estatal o municipal) y los servicios privados, cuando se acreditan mediante contrato o convenio.

Los cambios deseados en el sector no son coyunturales ni compensatorios, sino parte de medidas estructurales que incluyen: a) un proceso de cambio cultural y de afirmación de la ciudadanía, en el que la salud es un valor permanente y calificador de la vida; b) la consolidación de un sistema público nacional, donde los niveles federal, estatal y local actúen de modo complementario y armónico y dispongan de los instrumentos de poder necesarios; c) la organización y regulación de un sistema asistencial privado, con objetivos específicos solidarios con los preceptos constitucionales de atención universal, integral y equitativa; d) el funcionamiento competitivo, impulsor de la calidad y la reducción del gasto, de los subsistemas público y privado; e) la adopción de modelos técnico-operacionales innovadores, enfocados a la atención integral, personalizada, ambientalizada y de alcance colectivo; f) la implantación de un sistema de seguimiento, control y evaluación que permita la reducción efectiva de los gastos superfluos, y g) la introducción de prácticas de gestión descentralizada y desconcentrada que eviten los procesos acumulativos ineficaces e injustos.

En el ámbito del Mercosur se están desarrollando estudios para armonizar la legislación nacional aplicada al sector salud, proceso que deberá intensificarse en los próximos cuatro años, en la medida de las exigencias de los acuerdos espe-

cíficos de producción y comercio. Por recomendación de la tercera reunión de ministros de salud del Mercosur se estableció el Subgrupo de Trabajo No. 11, Salud, con el objetivo general de armonizar los parámetros de calidad de los bienes, servicios y factores productivos del sector salud y de los mecanismos de control sanitario.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El sistema de servicios de salud brasileño está formado por una compleja red de proveedores y financiadores que abarca los sectores público y privado. El segmento público del sistema engloba los proveedores públicos de los diferentes niveles del gobierno, es decir, en el nivel federal el Ministerio de Salud, gestor nacional del SUS, los hospitales universitarios del Ministerio de Educación y los servicios propios de las Fuerzas Armadas. Los niveles estatal y municipal comprenden la red de establecimientos propios de las respectivas instancias. La cobertura de los servicios públicos de salud, complementados por servicios privados contratados por el Gobierno bajo la responsabilidad del SUS, llega a 75% de la población. El segmento exclusivamente privado comprende los servicios lucrativos pagados directamente por las personas y las instituciones proveedoras de planes y seguros privados. En los servicios hospitalarios el sistema se basa predominantemente en el reembolso público de los servicios prestados por entidades privadas (80% de los establecimientos hospitalarios que prestan servicios al SUS son privados). Por otro lado, 75% de la asistencia ambulatoria prestada por el SUS es producida por los establecimientos públicos.

Los planes y seguros privados de asistencia a la salud se agrupan en cuatro grandes categorías: a) medicina de grupo, modalidad de prepago que representa 47% del mercado de servicios privados; b) cooperativas médicas, modalidad de prepago que representa 25% del mercado; c) planes de salud de empresas, que comprenden una combinación de servicios de autogestión y compra de servicios a terceros, en distintas modalidades, y representan 20% del mercado, y d) seguro-salud, modalidad de cobertura por indemnización al asegurado o a terceros, que representa 8% del mercado. La cobertura de los planes y seguros privados alcanzó en 1995 a 20% de la población brasileña, unos 34 millones de personas, y una inversión de US\$ 6.400 millones.

Conducción, regulación y provisión de servicios

Las directrices para la operacionalización del SUS se establecen en las normas operativas básicas (NOB) validadas por

la legislación orgánica de salud. Actualmente está en ejecución la NOB 01/96, que define la responsabilidad gestora del SUS en cada nivel de Gobierno. Esta NOB, además de consolidar el ejercicio por parte del poder público municipal y del Distrito Federal, de las funciones de gestión y de la gerencia de la prestación de servicios a sus habitantes, promueve el proceso de descentralización determinando mecanismos para la transferencia automática de recursos federales a los estados y municipios. También fortalece los procesos de gestión compartida entre el Gobierno Federal y los gobiernos estatales y municipales, a través de las comisiones intergestoras tripartitas y bipartitas, como espacios permanentes de negociación y concertación. El carnet municipal del SUS establece un instrumento para el perfeccionamiento de los vínculos entre el ciudadano y el sistema de salud. Se trata de un documento con validez nacional que asegura la atención al usuario del SUS fuera de su municipio de residencia, con el correspondiente reembolso de los costos al sistema que prestó el servicio.

La NOB 01/96 establece un mecanismo de programación, la programación pactada e integrada. Se definen responsabilidades, requisitos y prerrogativas para las condiciones de gestión en los niveles municipal y estatal. Los municipios pueden habilitarse para la gestión plena de la atención básica, o para la gestión plena del sistema municipal; los que no se adhieren permanecen como prestadores de servicios al sistema estatal. A su vez los estados pueden habilitarse para la gestión avanzada o la gestión plena del sistema estatal.

Las comisiones intergestoras tienen por finalidad asegurar la articulación entre los gobiernos municipales, estatales y federal, para garantizar la dirección única del sistema en cada nivel sin que ocurra duplicidad u omisión en las acciones. La comisión intergestora tripartita está constituida paritariamente por representantes del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud y del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud. Es una instancia de negociación y acuerdo entre los gestores de los tres niveles de gestión pública para la operacionalización de las políticas y directrices de contenido nacional. Las comisiones intergestoras bipartitas están constituidas en partes iguales por representantes de la Secretaría Estatal de Salud y de la entidad representativa de los secretarios municipales de salud del Estado.

Los consejos de salud son instancias colegiadas de carácter permanente y deliberativo, constituidas en cada nivel de gobierno. Sus funciones principales son la formulación de estrategias para la operacionalización de las políticas sectoriales y el control de la ejecución de las políticas y acciones de salud, incluso en los aspectos económicos y financieros. En su composición hay paridad entre el número de representantes de los usuarios (sindicatos, asociaciones de vecinos, jubilados, pacientes o discapacitados y otros grupos de la sociedad civil) y los representantes de los segmentos del sector: gobierno, pres-

tadores de servicios y profesionales de la salud. A nivel federal, el Consejo Nacional de Salud fue creado en 1990 atendiendo al mandato legal y desde su creación ha funcionado regular y sistemáticamente. Los consejos de salud ya funcionan al nivel correspondiente en los 26 estados, en el Distrito Federal y en cerca de 3.000 municipios.

Las conferencias de salud son instancias colegiadas ampliadas que permiten la participación social en el desarrollo del sistema de salud. Se convocan cada cuatro años, con el objetivo de evaluar la situación de salud y proponer directrices para la formulación de la política correspondiente. A partir de la convocatoria de la conferencia nacional —la décima tuvo lugar en septiembre de 1996— se celebran las conferencias municipales de salud, luego las conferencias estatales y finalmente la nacional.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud: instalaciones y normas de atención. La construcción y la reforma de establecimientos de atención sanitaria obedece a normas técnicas definidas por el Ministerio de Salud para la elaboración de proyectos físicos, según ciertos criterios de costo y contemplando las necesidades del sistema de salud. El programa de capacitación de recursos humanos en arquitectura de servicios de salud incluye dos cursos de especialización en las universidades federales de Brasilia y de Bahía.

La evaluación y la certificación de servicios de salud componen uno de los cuatro proyectos estratégicos del programa brasileño de calidad y productividad para el período 1996–1998. Hay diversas iniciativas del Ministerio de Salud enfocadas a la gestión de la calidad en los servicios, con énfasis en la gerencia de hospitales. Otra línea es la implantación de procesos de acreditación de los servicios. Recientemente se crearon el Instituto Brasileño de Acreditación Hospitalaria (1995) y el Instituto Paranaense de Acreditación Hospitalaria (1996).

Existen mecanismos especiales para el control y la evaluación de procedimientos considerados de alta complejidad y costo para el SUS. Se estableció el reglamento técnico para el funcionamiento de los servicios de terapia renal sustitutiva, que especifica estándares para las unidades que realizan diálisis y trasplante renal. Una ley federal específica regula la extracción de órganos, tejidos y partes del cuerpo humano para fines de trasplante y tratamiento y pone las bases para la creación de un sistema nacional de trasplantes.

Certificación y ejercicio de las profesiones de la salud. La autorización para el ejercicio profesional en las diversas carreras de salud corresponde a los respectivos consejos profesionales, mediante presentación del diploma de fin de estu-

dios expedido por la universidad o escuela técnica. Esos consejos son autarquías públicas, creadas por ley y con autonomía para controlar y fiscalizar el ejercicio de los profesionales de cada categoría en todo el territorio nacional.

Mercados básicos de salud: tecnologías, medicamentos y otros insumos. La evaluación tecnológica ha estado presente durante todo el desarrollo de la reforma sanitaria brasileña, como forma de establecer criterios adecuados para la utilización de recursos tecnológicos. Las bases generales para la realización de acciones pertinentes constan en la Ley Orgánica de la Salud y en las conclusiones de la Primera Conferencia Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud. Actualmente está en discusión, en el ámbito del Ministerio de Salud, una propuesta de directrices políticas para actuar en este área.

La regulación sanitaria referente a medicamentos, equipamientos, productos cosméticos y de limpieza la aplica la Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud. La legislación federal regula el funcionamiento de las empresas fabricantes y la obligatoriedad del registro previo a la comercialización de los productos. A partir de la promulgación de la Constitución de 1988 y de nuevos instrumentos legales que la secundaron, particularmente los que instituyeron el SUS y el código de defensa del consumidor, se ha configurado el sistema nacional de vigilancia sanitaria, fundamentado en la articulación intersectorial y en la definición de responsabilidades entre los tres niveles de dirección del sistema de salud. El Instituto Nacional de Control de Calidad en Salud actúa como laboratorio nacional de control y referencia para una red integrada por instituciones estatales y universitarias. Todavía se encuentran en desarrollo las bases para la estructuración técnico-administrativa del sistema nacional de vigilancia sanitaria, para que hagan un trabajo compatible con las responsabilidades asignadas.

Calidad del ambiente: agua, aire, suelo, vivienda y seguridad química. La política ambiental brasileña tiene sus fundamentos fijados en la Constitución y en la Ley 6.938/81, que estableció el sistema nacional del medio ambiente. Recientemente, se dio prioridad a la descentralización en la ejecución de la política ambiental en los estados y municipios. Se formularon directrices para el establecimiento del plan nacional de salud y ambiente para el desarrollo sostenible, con amplia participación de los sectores involucrados.

Siguen en ejecución diversos proyectos financiados por el Banco Mundial sobre saneamiento de ríos, bahías y cuencas hidrográficas de grandes ciudades brasileñas. Por legislación federal reciente se creó el sistema nacional para la gestión de los recursos hídricos, que regula el aprovechamiento de las cuencas hidrográficas mediante comités interinstitucionales específicos. Para corregir la falta de viviendas (existen unos

5,1 millones de viviendas sin infraestructura adecuada o localizadas en áreas muy hacinadas) el sistema nacional de la vivienda destinó US\$ 2,83 millones en 1995–1996, beneficiando a 393.000 familias.

La contaminación atmosférica es un problema muy importante en los grandes centros urbanos, sobre todo en la región metropolitana de São Paulo. Durante todos los meses del año se observan en esa región concentraciones de contaminantes por encima de los límites considerados tolerables, sobre todo de partículas y monóxido de carbono emitido por automóviles fundamentalmente.

El control de agrotóxicos está regulado por legislación intersectorial e involucra a los Ministerios de Salud, de Agricultura y del Ambiente, quedando la evaluación toxicológica bajo responsabilidad del sector salud. Once estados brasileños están actualmente integrados en el sistema de vigilancia de los efectos de los agrotóxicos sobre la salud.

Alimentos. El control de los alimentos es un componente del sistema nacional de vigilancia sanitaria. Existe legislación específica que establece las normas básicas de registro, control y rotulado, así como los patrones de identificación y calidad de los productos, la fiscalización y los procedimientos administrativos pertinentes. Las secretarías estatales de salud participan en el análisis técnico de los procesos de registro de los productos, mientras que las actividades de inspección sanitaria están descentralizadas a órganos estatales y municipales. El Ministerio de Agricultura, a través de la Secretaría de Defensa Agropecuaria, tiene a su cargo el registro y la inspección industrial de los productos de origen animal, bebidas, plaguicidas y productos farmacéuticos de uso veterinario. En el caso de productos agrícolas destinados a la exportación, las actividades de fiscalización son realizadas directamente por el órgano federal. Se encuentran en operación el Comité Nacional del Codex Alimentarius y la Comisión Técnica Asesora en Alimentos. El Instituto Nacional de Control de Calidad en Salud coordina las acciones reguladoras referentes a los laboratorios.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

El SUS abarca las diversas acciones realizadas en los tres niveles de gobierno para atender las demandas sanitarias personales y ambientales. En lo que se refiere a servicios asistenciales las actividades se dirigen a individuos o colectividades y se prestan en centros de atención ambulatoria, hospitales o a domicilio. Las intervenciones ambientales se enfocan al control de vectores y hospedadores, a la operación de los sistemas de saneamiento ambiental y a las relaciones y con-

diciones sanitarias de los ambientes de vida y trabajo. Las políticas externas al sector salud se enfocan a los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

Los establecimientos que componen el SUS municipal no tienen por qué ser propiedad de la prefectura, ni tampoco han de estar situados necesariamente en el territorio del municipio. Lo importante es que estén organizados y coordinados entre sí, de manera que el gestor municipal pueda garantizar a la población el acceso a los servicios y la disponibilidad de los medios de atención integral.

Promoción de la salud. Desde 1994 el Ministerio de Salud ha impulsado el programa de salud de la familia como estrategia de reordenación de la atención primaria. El programa intenta incorporar la atención médica tradicional a la lógica de la promoción de la salud y se basa en la constitución de unidades de salud reorganizadas, que trabajan hacia el núcleo familiar y sus relaciones sociales en un área determinada. Hasta diciembre de 1996 las acciones se extendieron a 228 municipios. También se está ampliando el programa de agentes comunitarios de salud, cuyo objetivo es desarrollar en las comunidades la capacidad de cuidar de la propia salud y de organizar actividades básicas a nivel local. En diciembre de 1996 ese programa contaba con casi 45.000 agentes.

Diversas acciones programáticas de ámbito nacional se dirigen a la atención integral a la salud de la mujer, del niño y del adolescente. Se hace hincapié en los aspectos educativos y preventivos, en la identificación de grupos de riesgo y en la detección precoz de daños. La atención a la salud materno-infantil incluye también acciones específicas desarrolladas por medio de programas de inmunización, lactancia materna, atención al niño con deficiencia física y mental, control de deficiencias nutricionales específicas, atención a niños desnutridos y gestantes en riesgo nutricional y control de ETS y sida. Desde 1995 el proyecto de reducción de la mortalidad en la infancia promueve la articulación de acciones específicas de asistencia materno-infantil y de saneamiento básico en 913 de los municipios con mayores índices de pobreza.

La atención a la salud de la población de mayor edad se inserta en la política nacional del anciano y busca garantizar la ejecución de acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud en los diversos niveles del SUS, así como estimular la participación del anciano en las instancias de control social del sistema.

Algunas prefecturas en proceso más avanzado de descentralización lograron movilizar a la sociedad local e iniciar acciones intersectoriales de promoción de la salud, en el marco de la estrategia de municipios saludables. Una experiencia pionera iniciada en 1993, en Campinas, São Paulo, destacó la importancia de las políticas enfocadas a mejorar las condiciones de vida de la población excluida, mediante programas y proyectos públicos de vivienda popular, saneamiento y urba-

nización de los caseríos pobres, procesamiento de alimentos, garantía de renta familiar mínima, generación de empleo, etc. Esa experiencia hizo que Campinas recibiera el premio de municipio saludable de América Latina, otorgado por la OPS en 1996. En el estado de Paraná se desarrollaron experiencias similares a partir de un proyecto en el municipio de Palmeira. Esas iniciativas han servido de modelo para otras prefecturas en el país.

La promoción de la salud tiene una importante base de apoyo en las campañas de comunicación social de ámbito nacional enfocadas a prioridades de actuación del Gobierno Federal. En esas campañas, elaboradas por agencias de publicidad y transmitidas por televisión y radio, se invierten unos US\$ 50 millones anuales. Entre ellas destaca la de prevención del sida.

La prensa destina un espacio cada vez mayor a las cuestiones de salud en respuesta a la preocupación mostrada en investigaciones de opinión pública.

Programas de prevención y control de enfermedades. El control de las enfermedades transmisibles se lleva a cabo mediante acciones y programas específicos dirigidos por la Fundación Nacional de Salud, con grados variables de articulación y coordinación interinstitucional. La creación del SUS y el proceso general de reestructuración del sector exige el desarrollo de nuevos modelos de gestión de esas acciones, con descentralización gerencial a los municipios y organización de sistemas de apoyo técnico de alcance estatal y nacional en campos estratégicos (información e investigación).

En el control de las enfermedades transmitidas por vectores se trata de sustituir el modelo de intervención tradicional, basado en campañas administradas centralmente y limitadas en el tiempo, por acciones de carácter permanente e intersectorial, gestionadas localmente. Con ese fin se ha hecho hincapié en la capacitación de servicios descentralizados para el uso de instrumentos de control anteriormente muy restringidos. La interacción con sectores académicos y asociaciones científicas como la Sociedad Brasileña de Medicina Tropical proporciona respaldo técnico a las acciones gubernamentales y contribuciones decisivas en aspectos específicos. Entre las iniciativas programáticas con ese enfoque destaca el proyecto integrado de control de la malaria, el plan para la erradicación de *A. aegypti*, la extensión de la capacitación en entomología y los proyectos compartidos con estados y municipios para el control de la esquistosomiasis, filariasis y oncocercosis. Un importante apoyo al proceso de descentralización es el programa de desarrollo de centros de control de zoonosis para el control de poblaciones animales que sirven de reservorios y vectores. Están en funcionamiento 85 de esos centros en ciudades brasileñas grandes y medianas.

Los programas nacionales de control de enfermedades pulmonares y dermatosis de interés sanitario se desarrollan

desde hace muchos años de forma descentralizada, a cargo de la red de servicios generales de salud y con apoyo técnico del Ministerio. En el caso de la tuberculosis y otras neumopatías, el apoyo está asegurado por un centro de referencia nacional y por núcleos técnicos macrorregionales, en estrecha articulación con la Sociedad Brasileña de Neumología y Tisiología. Está prevista la implementación de un plan de emergencia para el control de la tuberculosis en el Brasil que incluye 250 municipios en los que se concentra cerca de 70% de los casos de la enfermedad en el país. Respecto a la lepra y otras dermatosis de interés sanitario se cuenta con tres centros nacionales de referencia y con un plan de eliminación de la lepra como problema de salud pública en el año 2000. Se han reforzado los programas estatales de control y se ha estratificado el problema hasta el nivel municipal, buscando intervenciones diferenciadas en unos 400 municipios que agrupan 85% del total de enfermos de lepra. También están en marcha proyectos de detección de casos en las áreas periféricas de las principales capitales brasileñas.

El control de las enfermedades prevenibles por inmunización lo realiza rutinariamente la red de servicios de salud. Se adoptan estrategias especiales para algunos tipos de vacunas o en áreas específicas, según la programación establecida conjuntamente por las direcciones nacional, estatal y municipal del SUS. Desde 1995 se dispone en todos los municipios del país de datos de cobertura y de dosis de vacunas aplicadas. La vacuna oral contra la poliomielitis continúa administrándose anualmente en dos jornadas nacionales en la que se vacuna a más de 90% de los menores de 5 años de edad. En las mismas fechas suelen aplicarse otras vacunas, de manera selectiva y según las necesidades locales. Para evitar el acúmulo de susceptibles después de la vacunación antisarampionosa masiva realizada en 1992, se realizó una nueva campaña en 1995, habiéndose alcanzando una cobertura de 86% en menores de 4 años. Las coberturas medias anuales de rutina en menores de 1 año son aproximadamente de 95% para la BCG, 75% para la DPT y 80% para la antisarampionosa. La tasa de abandono entre la primera y la tercera dosis de DPT varía alrededor de 15% y las coberturas más bajas se registran en las regiones Norte y Nordeste. La vacunación contra los meningococos A, B y C se realiza esporádicamente, en situaciones epidémicas. En áreas de alta prevalencia de hepatitis B se realiza rutinariamente la vacunación de niños menores de 1 año. Los gobiernos de seis estados del Sur y del Sudeste introdujeron con recursos propios el uso rutinario de la vacuna triple viral contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis. También la vacuna contra *H. influenzae* tipo B ha empezado a utilizarse en algunos de los programas municipales de salud.

En 1996 se lanzó el programa nacional de control del cáncer de cuello uterino, bajo la responsabilidad del Instituto Nacional del Cáncer, que prevé la instalación de proyectos piloto en cinco capitales de estado.

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. El sistema nacional de vigilancia epidemiológica comprende un conjunto de normas y procedimientos técnicos aplicables en todos los niveles del sistema de salud para hacer disponible información relevante y oportuna que oriente las acciones de control de enfermedades y daños específicos a la salud. A nivel nacional, el Ministerio de Salud establece las enfermedades que son de notificación obligatoria y define las normas correspondientes. Las secretarías estatales y municipales de salud tienen la responsabilidad de operacionalizar las acciones en sus respectivos territorios, complementando orientaciones normativas y agregando a la lista nacional otras enfermedades de importancia regional o local. Cuando se precisa, los órganos técnicos del Ministerio de Salud proporcionan apoyo adicional a los estados, incluso en la investigación de epidemias. Actualmente hay 25 enfermedades de notificación obligatoria nacional. La lista incluye las enfermedades transmisibles que son objeto de acciones de control programadas desde el nivel federal. La vigilancia alimentaria y nutricional se desarrolla a través del sistema específico, actualmente implantado en 1.050 municipios.

En años recientes se ha impulsado la articulación de las acciones desarrolladas por diferentes órganos técnicos del Ministerio de Salud. La creación del Centro Nacional de Epidemiología, en 1990, representó un avance importante en esa dirección al proporcionar instrumentos comunes de recolección de datos y divulgar periódicamente información a través de un boletín epidemiológico nacional. El sistema está actualmente en proceso de adaptación a las transformaciones del sector, en el sentido de estructurarse con bases locales, lo que implica la descentralización de acciones tradicionalmente ejecutadas por órganos federales de salud y la capacitación del nivel central para subsidiar los sistemas estatales y municipales.

El apoyo de los laboratorios a las acciones de control de enfermedades se coordina nacionalmente a través de una red de servicios especializados, constituida por centros de referencia y laboratorios macrorregionales que proporcionan soporte técnico a los sistemas estatales y municipales de vigilancia epidemiológica. En 1994 estaban funcionando laboratorios de referencia para meningitis, difteria, tuberculosis, lepra, leptospirosis, cólera y otras infecciones bacterianas, hepatitis, arbovirus, enterovirus, sarampión, rubéola, rabia, enfermedad de Chagas y leishmaniasis. Con apoyo financiero del Ministerio de Salud, esa red desarrolla manuales técnicos, capacita recursos humanos, proporciona asistencia y supervisión técnica y produce algunos reactivos para el diagnóstico.

Servicios de agua potable y de alcantarillado. Las disposiciones constitucionales especifican que el gobierno municipal es responsable de la gestión de los servicios de sanea-

miento básico. Según la información disponible aproximadamente 15% de los municipios brasileños gestionan esos servicios y 75% poseen servicios gestionados directamente por las compañías estatales de saneamiento; no hay información sobre el 10% restante. La política nacional de saneamiento tiene apoyo crediticio del presupuesto nacional y de contribuciones solidarias. El Ministerio de Salud gestiona directamente una parte de esos recursos a través de la Fundación Nacional de Salud.

Datos de 1995 indican que 76% de los domicilios del país están conectados a la red de abastecimiento de agua, proporción que llega a 90% en las áreas urbanas y se acerca a 17% en las rurales. La distribución por regiones muestra las coberturas más elevadas en el Sudeste (96%), siguiendo el Sur (93%), Nordeste (84%), el Centro-Oeste (82%) y el Norte (70%).

De los domicilios incluidos en la encuesta nacional realizada en 1995, 60% estaban conectados a la red de alcantarillado o una fosa séptica, siendo la cobertura urbana (71%) mucho mayor que la rural (14%). La cobertura máxima se da en el Sudeste (87%), siguiendo el Sur (72%), el Nordeste (47%), el Norte (46%) y el Centro-Oeste (42%). La fosa séptica se utiliza en 20% de los domicilios (23% en zona urbana y 45% en el área rural), mientras que 29% de los domicilios (25% en el área urbana y 45% en la rural) utilizan fosas rudimentarias o eliminan sus desechos en ríos o acequias. En comparación con el censo de 1991, se ha verificado una reducción de 4,3% en el número de domicilios desprovistos de instalaciones sanitarias o de alguna forma de eliminación de desechos. Del total de aguas negras colectadas, solamente 20% reciben alguna forma de tratamiento mediante estación depuradora, laguna de estabilización o de aireación, fosas de oxidación, etc.

Manejo de residuos sólidos municipales. En 1995 en 72% de los municipios brasileños la recolección periódica de basuras corría a cargo de servicios de limpieza públicos o privados. En áreas urbanas, 87% de los domicilios cuentan con servicio de recolección de basuras, proporción que solo llega a 10% en áreas rurales. En los demás municipios (28%), la basura se quema, se entierra o simplemente se echa a terrenos baldíos, lagos, ríos o al mar. Respecto a limpieza urbana, datos de 1989 indican que del total de residuos recolectados diariamente, 49% se depositan a cielo abierto, 22% tienen como destino final un relleno controlado, 23% se vierten en relleno sanitario y solamente 6% reciben alguna forma de tratamiento tipo compostaje, reciclaje o incineración.

Prevención y control de la contaminación atmosférica. Resoluciones del Consejo Nacional del Medio Ambiente (CONAMA) establecieron patrones nacionales de calidad del aire y se han establecido también estándares de contaminación atmosférica para la elaboración del plan de emergencia

en situaciones críticas. Desde 1986 funciona un programa de control de contaminación del aire por vehículos automotores, que establece límites máximos de emisión. A partir de 1997 se exigirán en los automóviles nuevos niveles máximos de emisión próximos a los de países desarrollados. Casi la tercera parte de la flota nacional de vehículos automotores utiliza como combustible el alcohol hidratado, siendo obligatoria también la mezcla de alcohol con la gasolina. La contaminación del aire por fuentes fijas, particularmente industriales, está reglamentada en lo que respecta a nuevas industrias, mediante la definición de patrones de emisión para procesos de combustión.

Protección y control de los alimentos. Se ha iniciado la organización de un sistema nacional de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA). En 1996 se registraron 349 brotes de ETA en siete estados, con 11.341 casos. Los brotes investigados revelaron como gérmenes causales *Staphylococcus aureus*, *Salmonella* sp y *Clostridium perfringens*, siendo factores determinantes las materias primas inadecuadas, la falta de higiene, las prácticas incorrectas de manipulación, cocción o recalentamiento, y la conservación a temperatura inadecuada. Se están comenzando a usar nuevas tecnologías de procesamiento de alimentos y se aplica el análisis de riesgo y puntos críticos de control. En este campo se han capacitado 1.040 profesionales en los últimos cinco años.

Programas de ayuda alimentaria. Para combatir la hipovitaminosis A cerca de 5,8 millones de niños recibieron suplementación de vitamina A durante las campañas de inmunización en la región Nordeste, entre 1983 y 1991. En 1994 el programa se extendió a otras zonas endémicas, habiendo llegado a coberturas de más de 80%.

En 1995 se promulgó nueva legislación referente a los trastornos por deficiencia de yodo. Corresponde al Ministerio de Salud la responsabilidad de asegurar el abastecimiento de yodo a las industrias distribuidoras de sal. La regulación de ese suplemento y la elevación del estándar de yodo en la sal (de 40 a 60 mg/kg) representa una contribución importante a la reducción del problema en el país.

Las acciones de ámbito nacional destinadas a combatir la anemia por deficiencia de hierro se limitan a asegurar la disponibilidad de medicamentos a base de sulfato ferroso en la red asistencial de salud.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Según los datos más recientes de capacidad instalada, correspondientes a 1992, existen 49.676 centros de atención sa-

nitaria, de los que 27.092 (55%) son públicos y 22.584 (45%), privados. Existen 24.016 centros de asistencia ambulatoria (65% públicos); 7.415 hospitales (28% públicos); 8.440 centros de urgencias (38% públicos); 16.400 centros de complementación diagnóstica (25% públicos); 1.078 bancos de sangre (28% públicos); 7.050 centros de complementación terapéutica —radioterapia, quimioterapia, etc.— (28% públicos) y 429 centros especializados en psiquiatría (20% públicos). Prestan atención hospitalaria 8% de los establecimientos públicos y 24% de los privados. El país dispone de 544.357 camas hospitalarias, o sea 3,6 por 1.000 habitantes, siendo 25% públicas y 75% privadas. La disponibilidad de camas psiquiátricas (100.749 de las que 30% corresponden a centros públicos) está muy concentrada en el Sudeste (63%), en comparación con el Norte (menos de 1%) y el Nordeste (18%). En las regiones Sudeste y Sur del país se halla aproximadamente 60% del total de capacidad instalada en establecimientos y camas disponibles.

La puesta en marcha del plan REFORSUS debe mejorar la capacidad instalada del SUS. Los objetivos son la renovación física y tecnológica de la red sanitaria, sobre todo en la asistencia obstétrica y perinatal y las urgencias en grandes áreas urbanas, así como la expansión del programa de salud de la familia y el aumento de la capacidad y la calidad de la red hematológica y hemoterápica y de los laboratorios de salud pública.

En algunos estados se están formando consorcios intermunicipales de salud, que son asociaciones civiles constituidas por las prefecturas de varios municipios. Los consorcios unifican recursos institucionales de los municipios y aseguran servicios públicos de referencia que proporcionan atención hospitalaria y especializada a toda la población abarcada, reduciendo la dependencia de los grandes centros urbanos.

Insumos para la salud

Medicamentos. El Brasil es uno de los 10 mayores mercados consumidores mundiales de medicamentos en el mundo, con una participación de 1,5% a 2,0% del mercado mundial. La facturación bruta del mercado interno fue de US\$ 9.700 millones en 1995, lo que representa un crecimiento de 15% respecto al año anterior. La industria farmacéutica generó 47.100 empleos directos en 1996, con inversiones globales de US\$ 200 millones en ese mismo año. Este sector está constituido por cerca de 500 empresas, entre productores de medicamentos, industrias quimiofarmacéuticas e importadores. Hay 45.000 farmacias y 5.200 productos, con 9.200 presentaciones. El estrato con ingresos de más de 10 salarios mínimos, que corresponde a 15% de la población, genera 48% del total de gasto en medicamentos, con un gasto medio anual de US\$ 193 per cápita. El estrato con ingresos de 4 a 10 salarios

mínimos es 34% de la población y genera 36% del gasto, con un promedio de consumo anual de US\$ 64 per cápita. El 51% de la población genera 16% del gasto, con un consumo medio anual de US\$ 19 per cápita.

El programa gubernamental de asistencia farmacéutica tiene como unidad gestora la Central de Medicamentos (CEME). Este es un organismo vinculado al Ministerio de Salud, responsable de la adquisición y distribución de los medicamentos destinados a 23 programas específicos coordinados por el Ministerio de Salud, con un valor aproximado de US\$ 1.000 millones en 1997. De los recursos destinados por la CEME a la atención de esa demanda, 47% corresponden a la red de laboratorios productores oficiales, que suplen 38% de los artículos adquiridos.

La Secretaría de Vigilancia Sanitaria hizo oficial en 1995 la adopción nacional de las buenas prácticas de fabricación recomendadas por la OMS, según los acuerdos del Mercosur. El mismo año se instituyó el programa nacional de inspección de las industrias farmacéuticas y farmoquímicas y se realizaron varios cursos sobre buenas prácticas de fabricación. Las actividades de inspección se han intensificado significativamente durante los últimos años.

Productos inmunobiológicos. Desde 1985 el país cuenta con un programa de autosuficiencia nacional en productos inmunobiológicos destinado a asegurar la disponibilidad de las vacunas y sueros utilizados en los programas oficiales de salud. Se fortalecieron las instituciones nacionales, generalmente públicas, con experiencia de producción de productos inmunobiológicos, y en los 11 años de funcionamiento del programa se invirtieron unos US\$ 100 millones de fondos federales en la construcción y reforma de laboratorios, compra de equipos y formación de recursos humanos. Para asegurar la calidad de los productos que se suplen a los servicios de salud, sean o no de fabricación brasileña, el programa realiza análisis de cada lote en la institución nacional de control.

En 1996, en el programa nacional de inmunización se utilizaron 196 millones de dosis de 26 tipos diferentes de vacunas y sueros, por un valor de unos US\$ 84 millones. De ese total, fueron fabricadas en el país cerca de 76 millones de dosis que cubrieron toda la demanda de las vacunas BCG, toxoide tetánico, doble (dT), antiamarilica, antirrábica humana y canina, y sueros heterólogos antiofidico, antitetánico, antidiftérico y antirrábico. Si se concluyen todas las instalaciones actualmente en construcción, el Brasil podrá atender a partir del año 2000 la demanda de otros países de América del Sur de la vacuna DPT y sus componentes, la BCG y los sueros antitóxicos y antiofidicos.

Equipamiento. Se estima que el parque nacional de equipos médico-hospitalarios del sector público posee un valor de US\$ 7.000 millones. De 20% a 40% de ese parque es inope-

rante debido a adquisiciones inadecuadas, calidad insatisfactoria, uso indebido, gerencia y mantenimiento deficientes e inexistencia de programas regulares de financiamiento para invertir en modernización. Esa situación se relaciona con la escasez de unidades de gerencia y mantenimiento de equipos, que existen solamente en 1% de los hospitales con más de 120 camas, y también con la carencia de profesionales especializados (ingenieros clínicos y técnicos de mantenimiento). El consumo de artículos y equipos médico-hospitalarios en el Brasil, en 1995, llegó a cerca de US\$ 2.000 millones, lo que corresponde a 1,7% del mercado mundial de esos productos. La industria nacional suplió cerca de 60% de la demanda interna, con participación paritaria de los sectores público y privado.

Desde 1991 el Ministerio de Salud ha impulsado la formación de sistemas de gerencia y mantenimiento de equipos, la capacitación de recursos humanos especializados, la institución de sistemas de garantía de calidad y la elaboración de propuestas para evaluación de tecnologías. Esas iniciativas, aún no consolidadas, han producido resultados manifiestos en la institucionalización de cursos de formación profesional, en la evaluación y reglamentación de equipos y en proyectos de inversión en la red de servicios, particularmente los vinculados a los recursos externos, como el REFORSUS.

Recursos humanos

En el Brasil existen 513.338 profesionales de salud de los que 40,1% son médicos, 26,8% odontólogos, 13,2% profesionales de enfermería, 10,1% farmacéuticos y 9,8% veterinarios. Hay 757 habitantes por médico, 1.132 por odontólogo, 2.330 por enfermero y 2.981 por farmacéutico. Se observa una creciente proporción de mujeres en las profesiones médicas. En 1996 eran mujeres 31,9% del total de médicos activos en el país.

La distribución de los servicios y de los profesionales de salud en el país se caracteriza por la concentración de recursos humanos en las regiones más desarrolladas y en las capitales de estado. En el Sudeste residen 59% del total de médicos, 51% de los enfermeros, 50% de los farmacéuticos, 63% de los odontólogos y 44% de los veterinarios. La región con menor cobertura profesional es el Norte, con 5,3% de los profesionales de todas las categorías.

La evolución del número de profesionales diplomados en el período 1992–1994 muestra una cierta estabilidad, con leve tendencia al ascenso en los cursos de odontología y farmacia y reducción en fisioterapia. Datos de 1992 indican la existencia de unos 300.000 profesionales de salud de nivel elemental, definidos estos como personas que no tienen diploma o certificado. En conjunto corresponden a 56% del total de profesionales de salud del Brasil y 52% están empleados en el sector público.

El mercado de trabajo formal del sector representa cerca de 8% de los empleos de la economía formal del país. A la administración pública en los tres niveles de gobierno corresponde un tercio de los empleos de personal de salud.

Investigación y tecnología en salud

Durante las últimas décadas, la actividad científica y tecnológica en salud del Brasil pasó a depender del apoyo extra-sectorial, principalmente de las agencias federales de fomento que han destinado a la salud de 25% a 35% de toda la inversión. Esa dinámica ha fortalecido la infraestructura de investigación, sobre todo en ciencias biológicas. Sin embargo, en el ámbito sectorial la investigación se ha debilitado institucionalmente y se ha distanciado de las necesidades del sistema de salud.

La producción científica brasileña analizada a partir de los registros de la base de datos bibliográficos latinoamericanos LILACS muestra que en el período 1981–1992 corresponde a publicaciones brasileñas más de la mitad de la producción indizada. Según la base de datos del Institute for Scientific Information, el número de referencias con uno o más autores brasileños pasó de 1.317 en 1981 a 2.841 en 1992, totalizando en el período 23.975 publicaciones en 1.429 revistas especializadas, solo nueve de estas editadas en el Brasil.

La necesidad de directrices para el desarrollo científico y tecnológico del país ha conducido a la realización de la Primera Conferencia Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud. En ella participaron representantes institucionales de todos los segmentos sociales interesados y se aprobaron las bases para el desarrollo de una política nacional destinada al área. Uno de los resultados importantes de ese proceso ha sido la aprobación por el Consejo Nacional de Salud, en 1996, de directrices y normas reguladoras de la investigación en seres humanos, mediante amplia consulta a la sociedad.

Gasto y financiamiento sectorial

Según las disposiciones constitucionales, el financiamiento del SUS integra el de la Seguridad Social, organizada por el poder público y que abarca los sectores de salud, previsión y asistencia social. Los recursos provienen de los presupuestos públicos de los tres niveles y de imposiciones directas sobre los salarios, la facturación, los beneficios y las transacciones financieras. En el marco del proyecto REFORSUS se invertirán recursos externos en la infraestructura de prestación de servicios, en la capacitación de gerencia de las secretarías estatales y municipales de salud y en el programa de salud de la familia.

El gasto público en salud en los tres niveles de la administración, que en 1989 fue de US\$ 13.200 millones (96 per cá-

pita), disminuyó mucho en años posteriores y en 1992 fue de US\$ 8.700 millones (63 per cápita). Esa fuerte reducción fue paralela a la del gasto federal, que históricamente integra tres cuartas partes del gasto público total y que en 1992 fue 42% menor que en 1989. A partir de 1993, el gasto público federal creció gradualmente, llegando en 1996 a US\$ 14.000 millones, aproximadamente 25% más que en 1989.

Desde enero de 1997 se está recaudando la contribución provisional sobre movimientos financieros (CPMF), que estará vigente hasta febrero de 1998 para atender las necesidades urgentes del sector salud. Con esta contribución se espera recaudar unos US\$ 4.800 millones que elevarán el presupuesto federal de salud aproximadamente 30%. Se confía en que tras la extinción de la CPMF el nuevo nivel de gastos pueda basarse en fuentes alternativas de recursos, instituidas a partir de la enmienda constitucional originada en el Congreso Nacional y en negociación con el Gobierno Federal.

Los planes y seguros privados de salud movilizaron en 1995 recursos por un valor de US\$ 6.400 millones. El valor medio per cápita de los recursos manejados por planes y seguros privados oscila entre los US\$ 83 y US\$ 150 mensuales.

Cooperación técnica y financiera externa

La cooperación técnica internacional en temas de salud es muy amplia y tiende a centrarse en aspectos de gestión y control de calidad, suscitados por el establecimiento del SUS. La cooperación se formaliza por medio de proyectos de una duración media de tres a cinco años.

La cooperación científica se origina a partir de las necesidades de los investigadores nacionales y extranjeros y tiende a producirse de manera difusa e intensa entre los interesados, sin compromisos formales.

Actualmente hay cooperación técnica bilateral en salud con Alemania, Canadá, China, España, Estados Unidos, Francia, India, Italia, Japón, Reino Unido y Rusia. Con cada país la cooperación presenta características específicas. En unos

casos se trata de un proyecto único a largo plazo y con un volumen importante de recursos (Reino Unido), otras veces son proyectos pequeños, renovables cada dos años (Francia). No es habitual la cooperación en modalidades diversificadas, además de programas de adiestramiento vinculados a proyectos (Japón). El Brasil ofrece condiciones atractivas para proyectos extranjeros en el campo de la investigación clínica. Ello ha exigido establecer compromisos sobre transferencia tecnológica, derechos de propiedad intelectual, internacionalización de la producción y cumplimiento de normas legales sobre investigación en seres humanos.

El Brasil coopera bilateralmente en temas de salud con diversos países en desarrollo, entre ellos Bolivia, Colombia, Cuba, El Salvador, Paraguay, Venezuela y Palestina. Hay también cooperación oficial con varias organizaciones no gubernamentales extranjeras, interesadas principalmente en la salud de las poblaciones indígenas.

La cooperación multilateral involucra la participación del sector salud en comisiones técnicas en distintos ámbitos: Mercosur, Tratado de Cooperación Amazónica, instancias de regulación de la asistencia médica en la frontera meridional del país y Comunidad de Países de Lengua Portuguesa. La cooperación con la OPS se fundamenta en orientaciones estratégicas y programáticas validadas en el país, mediante un proceso de evaluación conjunta que establece las prioridades bianuales y los instrumentos regulares de programación.

Entre las fuentes de cooperación financiera internacional en materia sanitaria destacan el Fondo de Población de las Naciones Unidas, que contribuye de manera significativa al programa de salud de la mujer, y el Banco Mundial, que ha apoyado proyectos de gran tamaño como el de control de epidemias en el Nordeste y el de control de la malaria en la Amazonia. El proyecto REFORSUS, ya mencionado, cuenta con financiamiento del BID y del Banco Mundial. Se encuentran también, en proceso, dos proyectos de prevención y control del uso de drogas, ambos apoyados por el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, con un desembolso de US\$ 2,4 millones.

CANADÁ

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mortalidad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

^a Tasa por 1.000 habitantes.

^b Tasa por 1.000 nacidos vivos.

^c Tasa por 100.000 habitantes.

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

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

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

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

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

^a Tasas por 100.000 habitantes.

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

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

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

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

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La salud del adolescente y del adulto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La salud del adulto mayor

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

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

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

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

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

La salud de la familia

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

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

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

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

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

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

La salud de los trabajadores

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

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

La salud de los discapacitados

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

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

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

La salud de los indígenas

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

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

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

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

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

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

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

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

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

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

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

Cólera. En 1996 se notificaron cuatro casos de cólera.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En 1996 se notificaron cinco casos de lepra.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

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

Políticas y planes nacionales de salud

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

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

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

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

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

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

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Organización de las actividades de regulación sanitaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

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

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

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

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

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

Insumos para la salud

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

La Ley sobre Salud del Canadá no prescribe la cobertura de

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

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

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

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

Recursos humanos

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

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

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

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

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

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

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

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

Investigación y tecnología en salud

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

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

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

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

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

Gasto y financiamiento sectorial

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

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

Cooperación técnica y financiera externa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHILE

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Chile tiene una superficie continental de 756.626 km². Según el último censo de 1992, su población asciende a 13.348.401 habitantes, con una tasa de crecimiento intercensal de 1,64%. La población proyectada para junio de 1996 es de 14.418.864 habitantes. El 84,7% de la población vive en zonas urbanas. La mayor concentración se observa en la región metropolitana de Santiago (39,8%) y le sigue, en términos de densidad poblacional, la región del Biobío (12,8%), Valparaíso (10,3%) y la región de Los Lagos (7,1%). La división político-administrativa comprende 13 regiones y 341 comunas.

La economía de Chile ha experimentado una variación positiva. Su producto interno bruto (PIB) muestra una tendencia ascendente de 1960 en adelante, con un aumento notable en los últimos cinco años y una tasa promedio de crecimiento anual de 7,4% en el período 1990–1995 y de 7,2% en 1996. El ingreso per cápita, estimado en US\$ 2.450 en 1990, aumentó a US\$ 4.987 en 1996. De acuerdo con la clasificación de las Naciones Unidas según el índice de desarrollo humano, Chile ha ascendido cinco lugares desde 1994, ubicándose en 1996 en el lugar 33.

Junto con la variación del PIB, la evolución de otros indicadores, como la tasa de inversión total (28,0%), la tasa media anual de inversión interna bruta (9,8%), la de exportaciones de bienes y servicios (9,1%), la de importaciones de bienes y servicios (11,9%), el prepago de la deuda externa y el reducido índice de inflación (6,6% en 1996), ha permitido consolidar la economía del país. El saldo de la balanza de pagos muestra valores positivos para todo el período 1991–1996, con un promedio de US\$ 1.294 millones, y un margen de variación que va de US\$ 577 millones en 1993 a US\$ 3.194 millones en 1994. El índice de precios al consumidor, utilizado para medir la inflación, descendió de 27,3 en diciembre de

1990 a 12,2 en diciembre de 1993, tras lo cual se estabilizó entre 8 y 9 en 1994, 1995 y 1996. El rubro de la construcción también mostró un incremento. En 1991 se estimó que la superficie total edificada era de 8.633.855 m², de los cuales 64,4% correspondió a viviendas, 29,0% a instalaciones de uso industrial o comercial y 6,7% a servicios. En 1995 la superficie total edificada aumentó a 13.101.655 m², de los cuales 62,7 correspondieron a viviendas, 31,6% a instalaciones de uso industrial o comercial y 5,8% a servicios.

En el campo de la educación, según el censo de 1992 el índice de alfabetización para la población mayor de 15 años fue de 91,2% y se estima en 94,5% para 1995. La educación se organiza en los niveles básico (de carácter obligatorio), medio y superior. En 1995 había 3.533.047 alumnos matriculados en todos los niveles de educación, 7,5% en la enseñanza prebásica, 62,3% en el nivel básico, 20,9% en la enseñanza media y 9,3% en el nivel superior. Estas cifras suponen coberturas de 95,7% en el nivel básico y de 79,3% en el nivel medio. La escolaridad promedio estimada en 1995 fue de 9,57 años. En la actualidad se está aplicando un programa de reforma del sistema educacional que aumenta las horas de asistencia en los niveles básico y medio.

De acuerdo con la Nueva Encuesta Nacional del Empleo, la población económicamente activa aumentó de 4.550.000 personas en 1988 a 5.500.000 en 1996 en el cuatrimestre enero-abril y se observa un leve incremento de la participación femenina en la fuerza de trabajo: de 31,8% en 1990 a 33,7% en 1996 para el total del país. Los mayores valores se registraron en Tarapacá (40,4%) y en la región metropolitana de Santiago (39,4%) y los menores en las regiones de Araucanía (22,4%) y Coquimbo (26,0%). Al comparar las cifras de la encuesta realizada en el período octubre-diciembre de cada año, en los últimos años se advierte que el índice de desempleo ha ido descendiendo paulatinamente de 5,69% en 1990 a 4,7% en 1995. La encuesta de empleo cuatrimestral de 1996 muestra un repunte a 5,4%. Este incremento es consecuencia de las medidas de ajuste adoptadas con el propósito de disminuir el

ritmo de crecimiento y evitar presiones inflacionarias, lo que redujo la oferta de trabajo pero a la vez logró disminuir el consumo y, por tanto, contener la inflación en una cifra de menos de 2 dígitos por varios años consecutivos. Las cifras anuales (tasas de variación en 12 meses) revelan una evolución positiva, con un índice de desocupación de 8,2% en 1991 que llegó a 6,4% en 1996, el menor de la década. El índice de desempleo femenino fue mayor (7,9%) que el masculino (5,6%), con variaciones regionales que van de un mínimo de 1,6% en Aysén a un máximo de 7,9% en Biobío.

En abril de 1996 el índice de remuneraciones por hora alcanzó un valor nominal de 153,28 (tomando como base 100 el de abril de 1993), de modo que aumentó 0,8% respecto al índice de marzo de 1996 y 5,3% desde diciembre de 1995. El aumento acumulado en 12 meses, es decir desde abril de 1995, fue de 14,6%. Las ramas de actividad económica con mayor ascenso acumulado en 12 meses fueron transportes y comunicaciones (18,0% de variación) y servicios comunales (16,1%), en tanto que los menores incrementos se observan en el rubro de la construcción (8,1%). Según el grupo ocupacional, los mayores aumentos se aprecian en operación y montaje de instrumentos y maquinaria (20,3%) y en el grupo de profesionales (18,2%), y los menores, en el grupo de trabajadores de servicios personales (10,9%) y en el de trabajadores calificados (11,6%). El salario real mostró una variación anual positiva (en promedio, de 4,1% para el último período). Las negociaciones entre el Gobierno, las organizaciones de trabajadores y los empresarios han permitido que el salario mínimo mensual aumentara en forma lenta pero progresiva de US\$ 92 en 1989 a US\$ 157 en 1996.

En la estructura de la fuerza laboral según rama de actividad económica, los servicios constituyen la mayor fuente de empleo (25,16%), seguidos del comercio (18,1%) y la industria manufacturera (16,16%).

En cuanto a los índices de pobreza, los resultados de las encuestas de caracterización socioeconómica (CASEN) que realiza el Ministerio de Planificación muestran su disminución, con porcentajes regionales variables. En 1984 se estimó que 44,6% de la población podía catalogarse como pobre, este porcentaje pasó a 32,7% en 1992 y a 25,0% en 1996. De acuerdo con la encuesta de CASEN 94, las regiones con mayores niveles de pobreza eran Maule (VI), con 40,5%, y Biobío (VIII), con 40,3%. Las regiones con menor proporción de población pobre eran Magallanes (XII), con 14,8%, y la región metropolitana de Santiago, con 20,9%. En las zonas rurales, la mayor proporción se encontraba en la región de Tarapacá (I), con 43,5%. En las zonas urbanas, Biobío (VIII) era la región con mayor pobreza (40,9%). La distribución de la pobreza según el sexo mostró leves desventajas para la mujer (28,9% frente a 28,0%). La proporción de indigentes era mayor entre las mujeres que entre los hombres (8,2% frente a 7,8%).

La tasa de natalidad presenta un marcado descenso, en particular en el decenio de 1960, lo que ha ido asociado a una disminución de la tasa de fecundidad, que en el período 1985–1990 solo alcanzó a 2,65. En 1945 la tasa de natalidad fue de 35,5 por 1.000 habitantes, nivel en el que permaneció hasta los años sesenta (36,3 por 1.000 en 1965) para luego experimentar una marcada declinación como consecuencia de la aplicación de programas de paternidad responsable. En 1975 la tasa de natalidad se estimó en 24,2 por 1.000 habitantes, mientras que en 1995 alcanzó a 19,7 por 1.000 habitantes. En 1995, la tasa global de fecundidad fue de 2,5 hijos por mujer, lo que representa una fuerte reducción en comparación con la tasa observada en 1975, que fue de 3,2 hijos por mujer.

Mortalidad y morbilidad

La mortalidad ha presentado un claro descenso, estabilizándose en los últimos años en alrededor de 5,5 por 1.000 habitantes según datos de 1995. La mortalidad general en 1945 fue de alrededor de 19,1 por 1.000 habitantes, cifra que disminuyó a un tercio de ese valor en la década del setenta (7,2 por 1.000 en 1975). En 1995 la mortalidad del grupo de 1 a 4 años alcanzó a 0,6 por 1.000 habitantes, la mortalidad materna fue de 0,3 por 10.000 nacidos vivos y la del grupo de 15 a 44 años fue de 1,3 por 1.000 habitantes. En el grupo de 45 a 54 años la tasa de mortalidad fue de 7,5 por 1.000 habitantes y en el de 65 años y más, de 51,4 por 1.000 habitantes.

Las principales causas de defunción en 1995 fueron las enfermedades del aparato circulatorio, con una tasa específica de 149,5 por 100.000 habitantes (27,8% del total de defunciones de ese año), seguidas por los tumores malignos, con una tasa específica de 115,7 por 100.000 (20,7% del total de defunciones del año), los traumatismos y envenenamientos, con una tasa específica de 63,6 por 100.000 (11,8% del total de defunciones del año) y las enfermedades del aparato respiratorio, con una tasa específica de 61,2 por 100.000 (11,4% del total de defunciones del año).

Con la variación de estos indicadores, la esperanza de vida al nacer en 1996 se incrementó a 78,3 años para las mujeres, 72,3 para los varones y 75,21 para ambos sexos. Al considerar el intervalo censal 1920–1992, la variación de estos indicadores representa un incremento de 40,47 años en la esperanza de vida de las mujeres para este período (0,62 años por cada año del intervalo), y de 45,06 en la de los hombres (0,55 años por cada año del intervalo).

Hay diferenciales por sexo en las causas de defunción, destacándose la sobremortalidad masculina por traumatismos y envenenamiento (casi 4 veces mayor). La mortalidad masculina también es mayor en las enfermedades del aparato digestivo (1,60). Se observa una sobremortalidad masculina de

1,28 para las afecciones originadas en el período perinatal y de 1,26 para las defunciones por trastornos del sistema nervioso central y de los órganos de los sentidos. Existe sobremortalidad femenina en el grupo de enfermedades del sistema osteomuscular (3,22) y en enfermedades de la piel y tejido celular y subcutáneo (1,86). Un seguimiento de las principales causas de muerte de 1960 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas revela que en ese año 26,2% de las defunciones se debieron a enteritis, colitis y neumonía (CIE-7, A89, A104, A132). En 1995, estas causas representaron solo 9,15% del total de muertes (CIE-9, 008, 009, 480). En 1960, el grupo de la enfermedad arteriosclerótica, degenerativa y otras enfermedades del corazón (CIE-7, A81 y A82) representó 5,69% del total de muertes, porcentaje que aumentó a 14,43 en 1995 considerando los códigos CIE-9, 410–414, 415 y 416. En 1990 y 1995 no se registraron casos de sarampión, enfermedad que en 1960 representaba 2,15% de las defunciones. En 1960, 3,9% de las defunciones fueron a causa de las tuberculosis del aparato respiratorio (CIE-7, A1), mientras que en 1995 se registraron 0,5% de muertes por esta causa (CIE-9, 010–012).

La disminución de la mortalidad se observa en todos los grupos de edad, pero es mayor en el de las mujeres y en los menores de 5 años. En 1980 este último grupo representaba 12,7% de las defunciones y en 1994, solo 5,4%. El descenso de las tasas de mortalidad en el grupo de 55 años y más ha sido leve, lo que aumenta la importancia relativa de los adultos mayores en la mortalidad general del país. La sobremortalidad masculina en 1994 fue de 1,25. En el período 1995–2005, la esperanza de vida al nacer se estima en 75,2 años para ambos sexos, 78,3 años para las mujeres y 72,3 años para los hombres.

Al analizar las defunciones de 1995 por diagnósticos específicos, las cuatro causas más frecuentes son los infartos agudos del miocardio (CIE-9, 410), con 7,3% del total de defunciones de 1995, seguidos por las bronconeumonías (CIE-9, 485), con 5,9% del total, la enfermedad cerebrovascular aguda (CIE-9, 436), con 4,4% del total de defunciones, y la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (CIE-9, 571), con 4,2% del total.

De acuerdo con el estudio efectuado por el Ministerio de Salud, denominado “Carga de enfermedad”, en el que se calcularon los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA), las cinco causas de muerte más importantes fueron las anomalías congénitas (7,53 por 1.000 habitantes), las infecciones respiratorias agudas bajas (5,23 por 1.000 habitantes), la enfermedad isquémica del corazón (4,9 por 1.000 habitantes), la enfermedad hipertensiva (4,37 por 1.000 habitantes) y la enfermedad cerebrovascular (4,19 por 1.000 habitantes).

En relación con las hospitalizaciones, tanto en el sector público como en el privado, en 1996 se registraron 1.404.478, la mayor parte por embarazo, parto y puerperio. En 1995 se re-

gistró en los establecimientos públicos un índice ocupacional de 69,7, con un promedio de días de estada de 7,10 y 33,7 egresos por cama. En los establecimientos del sector privado se registraron 370.811 egresos, con un promedio de 5,7 días de estada, un índice de ocupación de 57,5 y 32,1 egresos por cama.

En la atención ambulatoria, la principal causa de consulta es la hipertensión arterial y, en el agrupamiento por causas, las enfermedades del aparato respiratorio son las más frecuentes (24,0%) y representan alrededor de 40% de las consultas del nivel primario.

La tasa de consulta por habitante, que en 1985 era de 1,28 por habitante, descendió a 1,07 en 1996. Del total de consultas y controles efectuados en 1996, un tercio (30,6%) se produjeron en la población infantil, y de este, alrededor de 10% correspondió a controles de salud. Otro 10% de las consultas se produjo en el Programa de la Mujer y 55% correspondió a consultas de adultos.

La relación de controles enfermera/médico en el Programa Infantil presenta un descenso sostenido de 1981 en adelante. En ese año se realizaban 8,8 controles de salud por enfermera por cada control médico; en 1996, este índice fue de 6,03, lo que evidencia el déficit de enfermeras que afecta al país, sobre todo en el nivel primario de atención. La relación similar, pero relativa a consultas, fue de 0,03 en 1996.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La mortalidad infantil presenta un franco descenso, sostenido incluso en los últimos años, como consecuencia de la marcada disminución de la natalidad, la buena cobertura institucional del control prenatal y la atención profesional del parto, que en 1995 alcanzó a 99,50%. También han contribuido la amplitud de la cobertura de los programas de control de crecimiento y desarrollo del niño y de los programas de vacunación y alimentación complementaria, el creciente nivel educacional, en particular de las mujeres, el mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico y la utilización de tecnologías de tratamiento perinatal. En 1945 la tasa de mortalidad infantil se estimaba en 165 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en 1995 solo alcanzó a 11,1 por 1.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad neonatal fue de 6,1 por 1.000 nacidos vivos en 1995, la tasa de mortalidad infantil tardía llegó a 5,0 por 1.000 y la neonatal precoz alcanzó a 4,5 por 1.000 nacidos vivos. Por otra parte, en 1975 las muertes infantiles representaron más de un tercio del total y en 1995 alcanzaron solo a 3,96%. La tasa de mortalidad neonatal en 1995 correspondió a 57,1% del total de las muertes del grupo de menores de 1 año.

En cuanto a la distribución en el país, en la mortalidad infantil de 1995 se advierten disparidades regionales que oscilan entre un mínimo de 9,6 por 1.000 en Magallanes y un máximo de 14,6 por 1.000 en Antofagasta. Las regiones con mayor tasa de mortalidad infantil que siguen a Antofagasta son Araucanía (14,3 por 1.000 nacidos vivos) y Biobío (14,1 por 1.000 nacidos vivos).

Con respecto a las diferencias según las condiciones de vida, en el Servicio de Salud Occidente de Santiago, que recibe a la población rural y más pobre, la mortalidad infantil de 1994 fue de 11,4 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, que atiende a una población de mejores niveles de ingreso, fue de 7,6 por 1.000.

La extensión de la cobertura del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y de la cadena de frío en el nivel nacional, ha permitido disminuir las muertes por enfermedades inmunoprevenibles en la última década. La cobertura de BCG alcanzó en 1996 a 97,99% por 100 recién nacidos, la de DPT (difteria, tos ferina y tétanos), tercera dosis, llegó a 94,16 por 100 nacidos y la de vacuna antipoliomielítica, tercera dosis, fue de 94,26% por 100 recién nacidos. La mortalidad por difteria descendió a una tasa de 0 en 1992 desde la última defunción por esta causa ocurrida en 1991. La tasa de mortalidad por sarampión disminuyó de 0,2 en 1989 a 0 en 1990 y desde entonces no se registran defunciones por esta causa.

La mortalidad en el grupo de 1 a 4 años ha disminuido a 0,6 por 100.000 habitantes de ese grupo en 1995, lo que se asocia con la expansión de la cobertura de la atención primaria urbana y rural y del PAI, así como con la disminución de la morbimortalidad por enfermedades infecciosas inmunoprevenibles y, en particular, de la mortalidad por diarreas e infecciones respiratorias agudas.

En Chile se trabaja desde 1975 con el enfoque de alto riesgo obstétrico y perinatal en el programa maternoinfantil. Uno de los resultados de este enfoque ha sido la disminución progresiva del porcentaje de recién nacidos de bajo peso, que ha pasado de 5,7% en 1991 a 5,0% en 1995.

Se observa también una leve mejoría de los indicadores de deficiencias nutricionales de la población menor de 6 años controlada en los establecimientos de salud públicos, con leves pero sostenidos descensos de los estados nutricionales alterados; sin embargo, también hay un leve incremento de los estados alterados por exceso.

En 1996, 60% de los egresos de menores de 2 años correspondió a causas respiratorias.

Con respecto a las consultas ambulatorias, no existe en el país un sistema de seguimiento, solo se dispone de datos de 1990, período en el que 57% de las consultas en menores de 15 años correspondió a enfermedades respiratorias agudas, 18% a enfermedades infecciosas y parasitarias y 9% a enfermedades de la piel.

En estudios de preescolares realizados en 1990 en niños matriculados en jardines de infantes de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, se registraron 11 episodios agudos en niños observados durante 100 meses, de los cuales 57% correspondió a enfermedades respiratorias, 13,9% a enfermedades de la piel y 10,5% a diarreas. El sistema de atención integral de escolares impulsado por el Ministerio de Salud, cuya cobertura comprende a niños de 6 a 10 años de edad que asisten a escuelas particulares subvencionadas y municipales, informa que 5,8% de los escolares presenta deficiencias visuales, 8,2% tiene problemas posturales y 2,2%, hipoacusia. Se han puesto en marcha programas de referencia de escolares con este tipo de problemas a médicos especialistas del sector público o privado.

En relación con los egresos hospitalarios, los datos disponibles para 1993 indican que la principal causa de egreso en el grupo de 10 a 14 años fueron los traumatismos y envenenamientos, con una tasa de 704,9 egresos por 100.000 habitantes. Le siguen las enfermedades del aparato digestivo (569,28 egresos por 100.000 habitantes) y del aparato respiratorio (404,68 egresos por 100.000 habitantes). Con respecto a las diferenciales por sexo, en los hombres de 10 a 14 años las causas más frecuentes de egresos son los traumatismos (955,99 por 100.000 habitantes) y las enfermedades del aparato digestivo (625,60 por 100.000 habitantes), mientras que en las mujeres del mismo grupo de edad las causas más frecuentes de egreso son las enfermedades del aparato digestivo (511,4 por 100.000 habitantes) y los traumatismos (445,40 por 100.000 habitantes).

La salud del adolescente

Los adolescentes de Santiago presentan 2,8 episodios de enfermedad por año, con una tasa de consulta de 1,58 en 1995. De acuerdo con estudios realizados en 1990, las enfermedades más frecuentes son las mal definidas, seguidas por las respiratorias agudas y las digestivas. De los envíos de pacientes al nivel secundario de atención, 40% correspondieron a psiquiatría, 18% a oftalmología, 11% a dermatología y 5% a traumatología.

En cuanto a los egresos, en el grupo de 15 a 19 años la causa más frecuente es el parto (2.272 por 100.000 habitantes), seguida de traumatismos y envenenamientos (823,65 por 100.000 habitantes). En este grupo son altamente relevantes las adicciones, problema al que el Gobierno asigna la máxima prioridad. El Consejo Nacional para el Control de los Estupefacientes (CONACE) puso en marcha un sistema nacional de información sobre drogas. En 1994, la CONACE administró una encuesta a 8.271 personas de 12 a 64 años, que representaban a 80% de los habitantes de las zonas urbanas del país y a cinco regiones geográficas (Norte Grande, Norte

Chico, región metropolitana de Santiago, Zona Sur y Zona Austral). Para el grupo de 12 a 18 años la prevalencia de vida, es decir el consumo en cualquier etapa de la vida de al menos una de las tres drogas ilegales (marihuana, pasta base o clorhidrato de cocaína), muestra un valor de 9,43% para el país. Al dividir por zonas se advierte que los mayores valores están en la Zona Norte Grande (regiones de Tarapacá y Antofagasta), con 9,7% de prevalencia de vida, y en la región metropolitana de Santiago, con 12,4%. Los menores valores se registran en la Zona Sur (Libertador B. O'Higgins, Maule y Biobío), con una prevalencia de vida de 6,4%. El menor valor observado de prevalencia de vida se obtuvo en la Zona Austral (Araucanía, Los Lagos, Aysén y Magallanes), con 5,0%. El Norte Chico (Atacama, Coquimbo, Valparaíso) arrojó una prevalencia de vida de 7,1%. Con respecto al tipo de drogas utilizado en el grupo de 12 a 18 años, el estudio de la CONACE muestra que la prevalencia de vida según la droga empleada es de 9,03% para la marihuana, 1,92% para la pasta base (de cocaína) y 1,57% para la cocaína. Para el total de los encuestados, la pasta base se consume preferentemente en los niveles socioeconómicos bajos (prevalencia de vida de 3,16%), la cocaína en los niveles socioeconómicos alto y medio-alto (prevalencia de vida de 3,24% y 3,59%, respectivamente). Según la zona de consumo, la prevalencia de vida es de 3,9% en el Norte Grande, 1,0% en el Norte Chico, 2,6% en la región metropolitana, 1,1% en la zona sur y 0% en la zona austral.

La prevalencia de consumo de tabaco en el último mes del grupo de 12 a 18 años es de 24,27%. En el mismo grupo, el consumo de alcohol en el último mes es de 24,04% y el de tranquilizantes, 1,08%.

La salud del adulto

En 1994, la mortalidad en el grupo de 15 a 59 años fue de 2,21 por 1.000 habitantes; la masculina fue el doble que la femenina, con valores similares en las distintas regiones del país. Las diferencias por sexo se observan fundamentalmente en accidentes y violencia (118,05 por 100.000 habitantes en hombres y 18,80 por 100.000 habitantes en mujeres) y defunciones por enfermedad del aparato circulatorio (43,84 por 100.000 habitantes en hombres y 25,01 por 100.000 habitantes en mujeres).

La mortalidad en el grupo de 15 a 44 años disminuyó levemente: de 12,6% en 1984 a 11% en 1995, y la del grupo de 45 a 64 años descendió a 7,6 por 100.000 personas de este grupo de edad. Por grupos de causas, la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas disminuyó en ambos sexos (de 3,6% del total de defunciones en 1984 a 2,7% en 1995), al igual que la correspondiente a causas externas (de 12,4% en 1984 a 11,3% en 1995) y la de enfermedades del aparato circulatorio

(de 28,4% en 1984 a 26,9% en 1995). Aumentaron su peso relativo los tumores (de 16,6% del total de defunciones en 1984 a 21,7% en 1995) y los trastornos endocrinos y metabólicos (de 2,3% en 1984 a 3,6% en 1995).

La salud del adulto mayor

Los mayores de 60 años constituyen 9,71% de la población del país. El total de defunciones en este grupo de edad en 1995 fue de 54.527, lo que corresponde a 69,4% y genera una tasa de 39,1 por 1.000. En cuanto a las causas de muerte, la suma de enfermedades del aparato circulatorio y de los tumores en 1994 representó 57,1% del total de muertes; le siguen las enfermedades respiratorias con 13,5% y las digestivas con 6,1%. En cuanto a los egresos, la tasa en 1993 fue de 174,8 egresos por 1.000 habitantes para el grupo de mayores de 65 años y el grupo más frecuente de causas fueron las enfermedades del aparato circulatorio, con un volumen de 35.418 egresos y una tasa de 41,19 egresos por 1.000 habitantes, seguidas de los trastornos del aparato respiratorio, digestivo, genitourinario, traumatismos y tumores.

Según datos del único estudio sobre las necesidades de la población adulta mayor en comunas urbanas, realizado en 1984 en una muestra poblacional de 1.500 adultos mayores, 71,9% declaró tener alguna enfermedad. De estos, 17,7% padecían enfermedades del aparato circulatorio y 14,9%, enfermedades del sistema osteomuscular.

Según resultados de CASEN 92, 65,2% de los adultos mayores afirmó no haber tenido enfermedades agudas o accidentes durante los tres meses previos, y entre los que declararon haberlos tenido, la mayoría (cerca de 90%) había recibido atención médica. Alrededor de 70% necesitaban tomar medicamentos; de estos, 57% había podido adquirirlos (31,8% los había comprado y 18% los había conseguido gratis). De esta encuesta se desprende también que 75% de la población mayor de 65 años es beneficiaria del sistema público de salud, 11% se atiende en forma particular, 5% en instituciones de salud previsual (ISAPRE) y 4% por el sistema de las Fuerzas Armadas.

La salud de la mujer y de la familia

La mortalidad materna, que alcanzó a 30 por 100.000 nacidos vivos en 1995, ha mostrado tendencia a estabilizarse; en 1960 se estimó en alrededor de 300 por 100.000 nacidos vivos y un tercio de las muertes era por abortos. El Programa de Paternidad Responsable logró disminuir considerablemente las defunciones por esa causa.

Con respecto a la violencia familiar, se estimó que en 1993 una de cada cuatro mujeres, independientemente de su nivel socioeconómico, era víctima de violencia física y psicológica.

Un tercio de las mujeres reconocía ser objeto de violencia psicológica. Encuestas realizadas por el UNICEF en 1995 revelan que solo 22% de los menores entrevistados estaban exentos de sufrir algún tipo de violencia, mientras que 34% eran víctimas de violencia física grave. En razón de estos índices, se han impulsado iniciativas para prestar servicios de prevención, asistencia o ambos y se han promovido cambios legales destinados a aumentar la protección de menores víctimas de violencia.

La tasa de nupcialidad ha disminuido desde una tasa de 7,5 por 1.000 habitantes en 1990 hasta una de 6,1 por 1.000 habitantes en 1995, lo que equivale a la celebración de 87.205 matrimonios.

La salud de los trabajadores

En 1993 se calculó que 68% de la fuerza de trabajo ocupada tenía algún tipo de protección frente a los problemas de salud de origen laboral. Esta protección consiste en un seguro que cubre dos riesgos laborales (accidentes y enfermedades profesionales) y es administrado por alguna de las tres instituciones facultadas para ello: el Instituto de Normalización Previsional, que cubre a 24% de la fuerza de trabajo ocupada; las mutualidades de empleadores, que cubren a 74% de la fuerza de trabajo ocupada, y las empresas de administración delegada, que cubren al restante 2%. El papel de fiscalización lo realizan los servicios de salud.

Los datos disponibles indican que la tasa de accidentes en 1993 en las mutualidades fue de 12,5 por 100 trabajadores protegidos, con importantes variaciones según la región y la rama de actividad (es mayor en la construcción, la industria, la minería y la agricultura). Asimismo, la tasa de accidentes guarda relación inversa con el tamaño de la empresa, puesto que es obligatorio contar con un Departamento de Prevención de Riesgos en lugares con más de 100 trabajadores.

Las enfermedades profesionales en Chile acusan un importante subregistro en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Las denuncias más frecuentes son las enfermedades de la piel, de los oídos y del sistema osteomuscular. De acuerdo con la información disponible, en 1992 las enfermedades más frecuente fueron las dermatitis, seguidas por hipoacusia y tendinitis.

La salud de los discapacitados

Los datos del censo de 1992 muestran que en Chile existían 283.888 personas con algún tipo de discapacidad (ceguera total, sordera total, mudez, parálisis o deficiencia mental), lo que significa una proporción de 2,12%, con leve predominio del sexo masculino (razón hombre/mujer: 1,16). La discapaci-

dad más frecuente es la parálisis (36,2%), seguida de deficiencia mental (30,4%), sordera (21,1%), ceguera (14,5%) y mudez (4,8%). Solo la ceguera es más frecuente en las mujeres.

Según los datos disponibles, en 1955 el sistema de Administradoras de Fondos de Pensión otorgó 4.131 pensiones, 82% por invalidez total. Los motivos más frecuentes fueron los problemas psiquiátricos, seguidos de afecciones neurológicas, cardiológicas y oncológicas, con importantes variaciones según la edad y el sexo.

La salud de los indígenas

La información epidemiológica disponible, aunque incompleta, muestra que en las comunas de mayor concentración de población indígena los indicadores de salud son más deficientes que en el resto de la población. Un estudio reciente presenta un perfil epidemiológico basado en la información correspondiente a 39 comunas con porcentaje de población indígena igual o superior a 20%. La tasa de mortalidad infantil en el período 1988–1992 varió entre los diferentes grupos indígenas: en los aymará fue de 40 por 1.000 nacidos vivos, en los atacameños, de 57 por 1.000, en los rapa nui, de 32 por 1.000 y en los mapuches, de 34 por 1.000. Las condiciones de salud de los indígenas aparecen más deterioradas en las zonas urbanas que en el medio rural. Las conclusiones del estudio constituyen una primera aproximación a la situación de salud de los pueblos indígenas del territorio de Chile.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. La presencia del *Triatoma infestans* en Chile se extiende entre los paralelos 18° 30' y 38° 35' y comprende las regiones I (Tarapacá), II (Antofagasta), III (Atacama) y IV (Coquimbo), de manera que la población expuesta a la enfermedad de Chagas asciende a unas 500.000 personas, repartidas en 43 comunas. De acuerdo con estudios serológicos, el porcentaje de población positiva es 19%. En las zonas endémicas se realiza el control serológico en los bancos de sangre de 57 hospitales que atienden a 75,7% de los donantes del país. La última tasa de incidencia disponible es de 1994 y es de 3,3 por 100.000 habitantes. Se calcula para 1996 un total de 11.721 viviendas infestadas en las regiones I y IV. En estas regiones, se aplicaron en 1995 programas de control que lograron reducir el porcentaje de viviendas positivas de 51% a 2%.

La mortalidad por hidatidosis descendió de una tasa de 0,5 por 100.000 habitantes en 1981 a 0,24 por 100.000 habitantes en 1994 (34 casos). En 1994 se registró una tasa de in-

cidencia de 2,4 por 100.000 habitantes (332 casos). La prevalencia de hidatidosis en los mataderos se mantiene estable en alrededor de 10% de los animales beneficiados.

No se conocen casos de fiebre amarilla, y en cuanto a la malaria, en 1994 se registraron 8 casos. No existen estudios actualizados de ciudades infestadas por *Aedes aegypti*.

Enfermedades inmunoprevenibles. La tasa de incidencia de difteria en 1995 fue de 0,01 por 100.000 (2 casos). Su disminución ha sido lenta pero progresiva, con variaciones periódicas. Entre 1991 y 1995 se registraron respectivamente 25, 12, 8, 4 y 3 casos. La cantidad de muertes registradas anualmente desde 1987 es inferior a cinco, y desde 1991 no se produjo ninguna (1 caso).

Los casos notificados de tos ferina han tenido fluctuaciones en el último quinquenio, ya que la enfermedad se presenta en brotes cíclicos. En 1990 se notificaron 59 casos, con dos defunciones; en 1991, 61 casos y dos defunciones; en 1992, 264 casos y cuatro defunciones, en 1992 los casos descendieron a 59, con dos defunciones; en 1993 se notificaron 517 casos; en 1994, 10 casos y en 1995, 361 casos, sin defunciones. Se registraron dos brotes en el período 1992–1997, el primero en 1993, con una tasa de incidencia de 4,3 por 100.000 habitantes (517 casos y cinco defunciones) y el último en 1996, con una tasa de 5,0 por 100.000 habitantes (600 casos y dos defunciones).

Los ciclos epidémicos de sarampión en Chile son de aproximadamente cuatro años. El último brote ocurrió en 1988, con 45.079 casos notificados y una tasa de morbilidad de 351 por 100.000. En 1989 hubo 13.008 casos, cifra que descendió a 1.958 en 1990, sin muertes, y a 2.098 casos en 1991. En 1992 se produjeron 397 casos, dos de ellos mortales. Desde 1993 no se han producido muertes por sarampión. La morbilidad ha sido exitosamente controlada gracias a la ejecución en 1992 y 1996 de dos campañas nacionales de vacunación y a la posterior aplicación de un sistema de vigilancia epidemiológica activa. Entre 1993 y 1996 solo se han producido 2 casos, ambos importados, el último, en 1993.

No se han registrado casos de poliomielitis en el período 1976 a 1996.

El tétanos es una enfermedad controlada en el país, con tasas de incidencia bajas que van de 0,4 por 100.000 habitantes en 1971 (41 casos) a 0,1 por 100.000 habitantes en 1994 (11 casos, ninguna defunción). En 1995 no se presentó ningún caso de tétanos neonatal y en 1994 solo uno de los 11 casos registrados fue neonatal.

La rubéola presenta una tasa descendente con brotes no cíclicos, el último de ellos en 1988. La tasa de incidencia pasó de 54,9 por 100.000 habitantes en 1990 a 16,5 por 100.000 en 1994.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. Desde el brote de cólera de 1991, en el que se confirmaron 41

casos con una letalidad de 4,8%, la enfermedad ha sido controlada. El último caso se registró en 1994.

El número de casos de fiebre tifoidea y paratifoidea disminuyó en más de 50% entre 1980 y 1990. En 1990 se alcanzó una tasa de incidencia de 39,3 por 100.000 habitantes (5.172 casos). La mortalidad registrada en ese mismo año alcanzó a 0,22 por 100.000. La evolución de la enfermedad tiene, sin embargo, dos etapas en el período: entre 1980 y 1983 la tasa aumentó de 97,6 a 119,8 por 100.000, para disminuir posteriormente hasta 1990. El brote de cólera en 1991 condujo a la aplicación de una serie de medidas de control que determinaron un descenso espectacular de la fiebre tifoidea y de la hepatitis, que registró en 1994 la tasa de morbilidad más baja de la historia: 11,2 por 100.000 (1.565 casos).

La hepatitis A es la enfermedad entérica asociada con el saneamiento más frecuentemente notificada en el país. La tasa de incidencia entre 1980 y 1984 aumentó de 36,7 a 107,6 por 100.000 habitantes, para disminuir posteriormente a 66,5 por 100.000 en 1990 (11.400 casos). Desde el inicio de la epidemia de cólera se produjo un descenso espectacular de la incidencia: de 66,6 en 1991 (8.909 casos) a 38,9 por 100.000 en 1992 (5.291 casos); sin embargo, a partir de ese año aumentó y en 1994 llegó a 90,8 por 100.000 habitantes (12.732 casos). Las tasas en estos años han sido superiores en las regiones, en comparación con las observadas en la región metropolitana de Santiago. El número de casos de hepatitis B fue de 125 en 1994, con una tasa de 0,9 por 100.000 habitantes. Asimismo, se registran en el mismo año tres defunciones atribuidas a esta enfermedad (0,02 por 100.000 habitantes). En cuanto a la hepatitis C, se estima que en Chile la infección afecta a menos de 1% de la población. Estudios en bancos de sangre del país indican una prevalencia de anticuerpos de 0,15% a 0,35%.

Enfermedades crónicas transmisibles. La mortalidad por tuberculosis en 1994 fue de 2,84 por 100.000 habitantes. Se ha logrado una reducción a un tercio de la tasa observada 10 años atrás (12,2 en 1980). La prevalencia también descendió de 55,0 por 100.000 en 1985 a 41,1 en 1991 y a 29,5 en 1994 (4.138 casos). En 1994 fueron hospitalizadas 6.636 personas, 81% con tuberculosis pulmonar y una edad mediana de 42,5 años. En la incidencia actual de la enfermedad se observan variaciones importantes por servicios de salud del país y aparecen casos en menores de 15 años. En el período 1989–1996 se produjeron 40.000 casos y 3.800 muertes. En 1994 se registraron 3.646 casos nuevos de tuberculosis (60% en varones), 4% en menores de 15 años. Del total de casos notificados en 1994, 75% fueron de localización pulmonar y de estos, 62% presentó baciloscopia positiva.

Solo existen casos de lepra en la V Región, Isla de Pascua. Durante 10 años (1984–1993) no se presentaron nuevos casos y entre 1994 y 1996, 6.

Infecciones respiratorias agudas. En Chile las enfermedades respiratorias constituyeron la tercera causa de muerte en la población general en 1990 y la segunda en 1994 (5,2% del total de defunciones). En los menores de 1 año, las infecciones respiratorias agudas contribuyeron con 9,3% del total de defunciones en este grupo de edad en 1994. La tasa de mortalidad infantil por neumonía (CIE-9, 480–486) se redujo de 3,04 por 1.000 nacidos vivos en 1985 a 1,27 en 1994, producto de estrategias específicas de intervención ejecutadas en los períodos de mayor incidencia. En cuanto a los egresos hospitalarios, las bronconeumonías representan 60% de todas las causas de egresos en los menores de 1 año y 46% en el grupo de 1 a 4 años. Del total de egresos en todas las edades, 9,4% es por esta causa. Las enfermedades respiratorias son, además, un componente importante de las consultas pediátricas en los centros de atención primaria y en los servicios de urgencia infantil (habitualmente entre 40% y 50% del total). Los egresos hospitalarios por causa respiratoria suman 60% del total de egresos del grupo de menores de 2 años. Las tasas de egreso hospitalario son muy altas en menores de 15 años (2.000 por 100.000 egresos) y en mayores de 60 años (4.000 por 100.000 egresos).

Rabia y otras zoonosis. En relación con la rabia humana, en Chile se diagnosticó 1 caso en 1972. En 1996 se presentó un nuevo caso en un menor de la VI Región, consecutivo a mordedura de murciélago.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. En Chile el sida se detectó en 1984 en el sexo masculino y al año siguiente en el femenino. Hasta marzo de 1996 se habían notificado 1.456 casos (92% en hombres y 8% en mujeres), 909 defunciones y 2.203 portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La razón hombre/mujer fue de 10:1 para el período 1992–1996, y se ha ido reduciendo desde 1984–1991, período en el que fue de 15:1. Al 31 de diciembre de 1994, Chile presentaba una tasa acumulada de 8,8 casos por 100.000 habitantes, situándose entre los países sudamericanos en la zona media. La vía de transmisión sexual es la más común (91%), sobre todo en los hombres. Se observa con el tiempo un aumento de la tasa de incidencia en los grupos más jóvenes. Las regiones más afectadas son la región metropolitana de Santiago, la V y la II. El 60% de los casos de infección por vía intravenosa están asociados con prácticas de drogadicción intravenosa. La vigilancia del sida en el país se está llevando a cabo por medio de la metodología de centros centinelas en grupos específicos de población: donantes de sangre, embarazadas y consultantes en centros de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Los resultados de estos estudios indican que en el caso de la vigilancia de consultantes por ETS cuyo seguimiento se inicia en 1992, las cifras de prevalencia de VIH positivos se han mantenido esta-

bles (1% en 1992, 1% en 1993 y 0,66% en 1994 para el total de centros centinelas). En cuanto a la prevalencia de infección por el VIH en embarazadas, se observa un incremento para el total de los centros centinelas que va de 0% en 1992 a 0,05% en 1993 y a 0,1% en 1994; para los donantes de sangre, el sistema de detección sistemática se inició en 1987 y puede apreciarse un leve pero progresivo incremento, de 0,12 por 1.000 donaciones en 1988 a 0,31 por 1.000 donaciones en 1994.

En 1994, las ETS denunciadas en Chile fueron principalmente la sífilis (33,5 por 100.000 habitantes), la gonorrea, con 26,1 por 100.000, y la uretritis no gonocócica, con 5,9. La sífilis se encuentra en una etapa estacionaria, luego de un período de descenso que finalizó en 1989. En 1994 se registraron 4.705 casos, con una tasa de incidencia de 33,5 por 100.000 habitantes. La gonorrea ha descendido en los últimos años de una tasa de 114 casos por 100.000 habitantes en 1981 a 26,1 en 1994. Sin embargo, existe un volumen no cuantificado de subnotificaciones, por cuanto la mayor parte de las denuncias provienen de los establecimientos públicos y aun en estos existirían casos no notificados.

Enfermedades emergentes y reemergentes. La incidencia de meningitis por *Neisseria meningitidis* experimentó un leve ascenso en los últimos años, en especial en la zona norte del país. De una tasa de 0,6 por 100.000 habitantes en 1971 pasó a 3,38 por 100.000 habitantes en 1995. La enfermedad afectó principalmente a menores de 5 años (55% del total de los casos) y aumentaron relativamente los casos en el grupo de 5 a 9 años. Con todo, el grupo de 0 a 9 años concentró 70% del total de casos.

Desde 1996 se ha incorporado al PAI la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo B, para todos los menores nacidos del 1 de mayo de 1996 en adelante, y se espera la aplicación de 973.000 dosis en 1997.

Durante 1995 y 1996 se registraron respectivamente 2 y 3 casos de infección por hantavirus con aislamiento positivo en la X Región, al sur de Chile, 3 de ellos mortales. En 1995 se registraron 2 casos de síndrome hemolítico urémico consecutivo al consumo de carne contaminada con *Escherichia coli* enterohemorrágica.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. La desnutrición infantil según el peso para la edad en 1975 presentó una incidencia de 15% y en 1993 descendió a 5%. En junio de 1996, el Ministerio de Salud informó apenas 0,6% de menores de 6 años bajo dos desviaciones estándar en las mediciones según el criterio del Centro

Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) de los Estados Unidos. El diagnóstico nutricional integrado, medido en similar período de tiempo, muestra que 74,4% de los menores de 6 años son clasificados como normales. En mujeres embarazadas, la prevalencia de bajo peso se redujo de 26% en 1987 a 17% en 1996, mientras que el porcentaje de madres con malnutrición por exceso alcanzó una prevalencia de 46% en 1994. El último estudio disponible del estado nutricional de la población infantil controlada en los establecimientos públicos, muestra que respecto del denominado diagnóstico nutricional integrado, existe 3,1% de niños en riesgo de desnutrición y 0,7% de desnutridos. El 73,7% de los niños tiene un estado de nutrición normal y 22% presenta malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad). La reducción de la desnutrición infantil se asocia a las actividades del Programa Nacional de Alimentación Complementaria, a la extensión de la cobertura de los servicios infantiles y al mejoramiento del nivel educacional de las madres.

En cuanto a las deficiencias de micronutrientes, el estudio de Evaluación Nacional sobre la Situación de las Vitaminas realizado en 1975 permitió concluir que en Chile no existe deficiencia de vitamina A. La incidencia de anemia, según investigaciones del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), es de 20% en niños de 6 a 24 meses y de 20% en embarazadas. Por otro lado, la exigencia de yodar la sal (97% de la sal es yodada en Chile) ha contribuido al control del bocio. Sin embargo, estudios en poblaciones escolares localizadas en 1995 muestran una prevalencia de 9% en este grupo.

Los estudios realizados por la Comisión Nacional de la Lactancia, creada por el Ministerio de Salud para estimular la lactancia natural, revelan una proporción de 87% de niños que reciben alimentación natural durante el primer mes de vida, porcentaje que disminuye a 59% en el cuarto mes y a 25% en el sexto. Otros estudios llevados a cabo en servicios de pediatría presentan un porcentaje de lactancia exclusiva a los 120 días de edad en 57,1% de las encuestadas.

De acuerdo con distintos estudios, la obesidad afecta más a las mujeres, con cifras entre 22,7% y 25,0%, que a los varones (13,0% y 17,6%). Existen diferenciales según nivel socioeconómico ligadas al sexo, vale decir, es más frecuente en mujeres de nivel socioeconómico bajo y en varones de nivel socioeconómico alto.

La prevalencia de diabetes se sitúa entre 3,0% y 5,6%, según diversos estudios realizados en la población general. La diabetes aumenta significativamente como causa primaria de hospitalización, además de ser una frecuente enfermedad asociada. En 1990 fueron internadas 11.650 personas por diabetes mellitus, lo que correspondió a una tasa de hospitalización general de 8,84 por 10.000 habitantes y de 35,8 por 10.000 habitantes de 45 años y más, correspondiendo a 70% de los egresos por causas endocrinas. La menor mortalidad

por diabetes, asociada a un mejor manejo terapéutico, y formas de vida desfavorables, serían las causas de su mayor prevalencia. En el nivel de atención primaria se estima que 2,9% del total de consultas son por este diagnóstico.

Enfermedades cardiovasculares. Este grupo de enfermedades es desde hace varios años el que más contribuye a la mortalidad de los chilenos, en particular la de los adultos. Más de la cuarta parte de todas las defunciones se deben a ellas (20.922 casos, que corresponden a 27,7% del total de defunciones de 1994, con una tasa específica de 149,5 por 100.000 habitantes). Dentro de este grupo se destacan la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad hipertensiva y la enfermedad cerebrovascular. Según la información de los pacientes hospitalizados, las enfermedades cardiovasculares generaron una tasa de hospitalización de 5,2 por 1.000 habitantes en la población general en 1991, lo que representó un aumento de 35% con respecto a 1975. Las enfermedades isquémicas del corazón (CIE-9, 410-414) son las de mayor trascendencia en la mortalidad. El infarto del miocardio (CIE-9, 410) por sí solo explica 25,9% de las muertes del país en este grupo.

Tumores malignos. La tendencia de la tasa general de mortalidad por esta causa ha sido ascendente en la última década. En 1980 la tasa de mortalidad por tumores malignos fue de 101,6 por 100.000 habitantes, tasa que ascendió a 104,3 por 100.000 en 1987 y alcanzó a 115,7 en 1994. En 1995, los tumores malignos representaron la segunda causa de muerte del país, con 16.429 defunciones (20,7%). Las cinco localizaciones principales fueron: estómago (16,7%), tráquea, bronquios y pulmón (10,4%), vesícula y vías biliares (10%), próstata (6,4%), mama (5,7%) y cuello del útero (4,5%).

En 1994 se notificaron 10.293 casos de cáncer (73,4 por 100.000 habitantes). Los más frecuentes en mujeres fueron el de cuello del útero (25,6% del total de cánceres notificados en mujeres), el de mama (15,8%) y el de piel (8,7%), y en hombres, el cáncer de estómago (20,5% del total de cánceres masculinos), el de próstata (12,2%) y el de pulmón (10,1%). La razón de notificación hombre/mujer fue de 0,68.

Accidentes y violencia. En 1991, la tasa de mortalidad por traumatismos, envenenamientos y violencia fue de 69,1 por 100.000 habitantes, mientras que en 1994 fue de 63,6 por 100.000. Los accidentes y la violencia han ido adquiriendo un lugar cada vez más importante, tanto como causa de muerte como de morbilidad. El 84,8% de las muertes ocurre en personas menores de 65 años (para las otras causas este porcentaje es de 44,5%) y 16,5%, en menores de 15 años. La contribución de este grupo a la mortalidad osciló en el último decenio entre 11% y 12% (11,8% en 1994). El 38% de las muertes por causas violentas se debe a accidentes de todo tipo; de estos, casi la cuarta parte son de vehículos de motor.

Según datos policiales, la cantidad de personas lesionadas o muertas en accidentes de tráfico aumentó entre 1980 y 1995 de 25.176 a 41.582, es decir, un promedio de 9,4% por año, y el número de muertes se elevó de 1.191 a 1.747, es decir, 7,4% anual. En 1996, las estadísticas policiales registraron 1.925 defunciones en accidentes de tráfico y un total de 60.093 accidentes. En términos económicos se estima que en 1993 los accidentes de tráfico produjeron un gasto privado de alrededor de US\$ 274 millones, considerando los daños a personas y a vehículos. El cálculo del costo social de estos accidentes en 1993 fue de US\$ 321 millones, entre los daños a vehículos, los lesionados y los muertos. Un estudio realizado por el Ministerio de Salud y el Banco Mundial en 1993 sobre los accidentes registrados en 1989 muestra que alrededor de 5,8% de los vehículos del país participaron en algún tipo de accidente, con cifras que oscilaron entre 2,0% para el parque automotor de las regiones de Coquimbo y O'Higgins, hasta 12,2% para la región de Aysén. El porcentaje de vehículos de transporte público involucrados en accidentes en el estudio mencionado fue de 44,8%, es decir, casi la mitad del parque automotor que participó en algún accidente en 1989. Al desagregar la información por comunas, se verificó que este porcentaje alcanzó a 63% de los vehículos de transporte público en la región de Valparaíso. Esta situación llevó al Gobierno a constituir una Comisión Interministerial dedicada a la Seguridad en el Tránsito, la que ha formulado las bases para una política de Estado en esta materia.

Trastornos mentales y del comportamiento. Los problemas de salud mental han mostrado un aumento significativo en los últimos años. Algunos indicadores indirectos se encuentran en diferentes estudios, la mayoría referidos a grupos pequeños, grupos específicos o ambos. El 5,6% de las licencias médicas otorgadas por el Fondo Nacional de Salud corresponde a neurosis. En las licencias extendidas a beneficiarios de las ISAPRE este porcentaje fue de 7,48% en 1994.

En relación con el alcoholismo, se estima que en la actualidad 20% de las personas pueden ser clasificadas como bebedores-problema, 15% sin dependencia y 5% con dependencia alcohólica. El alcoholismo es más frecuente en los hombres y entre los que están cesantes o solo disponen de un empleo ocasional. Constituye la octava causa de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA: 53.498, con 3,02%). El alcoholismo se asocia con 38% de los egresos hospitalarios. Es responsable de 4,5% de los egresos hospitalarios, de 7% de las muertes como causa principal y de 25% de las muertes como causa asociada. Se encuentra una alcoholemia positiva en 48,6% de los homicidios, 38,6% de los suicidios y 50% de los accidentes de tráfico con vehículos de motor.

Según la información obtenida en la encuesta de la CONACE, la prevalencia de consumo de alcohol durante el último mes, independientemente de la cantidad consumida,

fue de 39,97% (50,23% en los hombres y 31,03% en las mujeres). No existen grandes variaciones según grupos de edad, observándose un mínimo de 24,04% en el de 12 a 18 años y un máximo de 49,74% en el de 19 a 25 años. Según el nivel socioeconómico, se advierte una mayor prevalencia en el nivel alto (56,95%) y medio-alto (47,18%), comparado con los niveles medio-bajo (35,25%) y bajo (38,52%). El diseño del estudio consideró la aplicación de la Encuesta Breve de Beber Alcohol a fin de conocer el porcentaje de consumidores de alcohol que pueden ser calificados como bebedores-problema. Se encontró que 24% de las personas que declararon haber bebido alcohol en el último año pueden ser catalogadas como bebedores-problema (35,6% entre los hombres y 11,1% entre las mujeres), invirtiéndose las proporciones según el nivel socioeconómico, es decir que los mayores porcentajes se encuentran en los niveles bajo (41%) y medio-bajo (32%), mientras que esta proporción es menor en los niveles alto (13,1%) y medio-alto (11,5%). El consumo se inicia por lo general antes de los 18 años (71,35% en el caso de los hombres y 57,07% en el de las mujeres) y es más frecuente el consumo precoz (antes de los 12 años) en los niveles socioeconómicos bajos (11,41%).

La mortalidad específica por cirrosis hepática fue de 20,8 por 100.000 habitantes en 1994, una de las tasas más altas de la Región. Las enfermedades hepáticas mantienen su importancia, en particular la cirrosis, que es un destacado componente de la mortalidad, asociada con el alcoholismo y el tabaquismo. La mortalidad llegó a 27,4 por 100.000 habitantes en 1989, 28,5 en 1990 y 20,8 en 1994.

Según la encuesta sobre drogadicción de la CONACE, en el total de los encuestados de 12 a 64 años de edad existe una prevalencia de vida de 13,42% para las tres drogas ilícitas, que es de 20,63% para los hombres y 7,14% para las mujeres. Esto equivale a decir que 1 de cada 8 chilenos entre los 12 y los 64 años ha consumido alguna vez alguna de estas sustancias. La prevalencia de vida es mayor para cualquiera de las tres sustancias indicadas en los grupos de 19 a 25 años de edad (22,23%) y de 26 a 34 años (20,84%). La prevalencia de vida es, además, más elevada en el estrato socioeconómico alto (21,11%) y medio-alto (15,35%) y es menor en el estrato socioeconómico bajo (11,73%). La droga más consumida es la marihuana (12,85%), seguida de la cocaína (2,35%) y la pasta base (1,97%). La principal diferencia según el sexo se refiere al consumo de cocaína, que es seis veces mayor en los hombres (4,4%) que en las mujeres (0,7%).

De acuerdo con los datos de CASEN 94, la prevalencia de tabaquismo es de 38% en la población masculina y de 25% en la población femenina. Se advierte una disminución de la prevalencia entre los hombres (de 47% a 44%) y un aumento entre las mujeres (de 36% a 41%). Estos datos guardan alguna relación con la encuesta del CONACE de 1995, en la que se encontró una prevalencia de 45,43% en los hombres y de

36,25% en las mujeres. El consumo se inicia antes de los 12 años en 8,15% de los hombres y en 4,21% de las mujeres, y se encuentran prevalencias en el último mes que oscilan entre un máximo de 50,82% en el grupo de 19 a 25 años de edad y un mínimo de 24,27% en el de 12 a 18 años de edad. La prevalencia es más alta en el nivel socioeconómico alto (42,31%) que en el bajo (31,78%).

La prevalencia del uso de drogas lícitas como los tranquilizantes (sobre todo las benzodiazepinas) en el último mes fue de 6,2% y resultó más alta en las mujeres (8,37%) que en los hombres (3,71%). Las diferencias según la edad van de un mínimo de 1,08% en el grupo de 12 a 18 años a un máximo de 11,28% en el de 45 a 64 años. El consumo de este tipo de drogas es mucho mayor en el nivel socioeconómico alto (10,77%) que en el bajo (3,67%).

Salud oral. La prevalencia estimada de caries en la población del país supera al 90% y el promedio de piezas dañadas es de 12 por persona. El 34% de los preescolares presentan caries. En la región metropolitana de Santiago el índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) en niños con dentición definitiva que consultan a los servicios ambulatorios (6 a 18 años) fue de 6,27. No obstante, se observa una leve mejoría de estos índices, producto de las diversas actividades preventivas de amplia cobertura (educación, enjuagatorios y aplicación de selladores), si bien entre los adolescentes y la población adulta la prevalencia es alta. Otro tipo de problema es la gingivitis, cuya prevalencia se ha estimado en 37,7% en la población de 6 a 12 años, y aumenta con la edad. Los estudios realizados hasta ahora indican una relación entre bajo nivel socioeconómico y baja escolaridad, lo que constituiría un factor de riesgo de enfermedad bucodental. En cuanto a los niveles de cobertura de las acciones odontológicas del SNSS, se estimó que en 1995 solo 1,97% de la población había recibido alguna atención. La población de 0 a 9 años tenía una cobertura de 3,91%, la de 10 a 19 años, de 2,46%, el grupo de gestantes, de 0,85%, y la población mayor de 20 años solo estaba cubierta en 0,85%.

Desastres naturales y accidentes industriales. Por su geografía, Chile está expuesto a diversos tipos de fenómenos naturales que pueden afectar a la salud de su población; entre ellos se cuentan sismos, aluviones e inundaciones que, en la última década, han perjudicado a la población en forma diversa. En 1996, la sequía sufrida en al menos cuatro regiones del país, incluida la región metropolitana, afectó al sector agrícola y a la vez produjo la disminución de las reservas de agua utilizada para la generación de electricidad. Asimismo, los servicios sanitarios se mostraron insuficientes para distribuir agua potable en ciertos sectores de la región metropolitana, lo que llevó a idear diversas estrategias para disminuir el consumo innecesario. Superado en parte este problema,

surgió uno nuevo debido al fenómeno climático inverso, es decir, un exceso de lluvias que produjo un estado de emergencia, en especial en el norte del país, en las regiones de Atacama y Coquimbo, ambas de clima desértico y sin la infraestructura vial y sanitaria apropiadas para enfrentar la situación. Muchas familias de escasos recursos perdieron sus viviendas o enseres, y se produjeron defunciones producto de las labores de rescate que efectuaron las organizaciones sociales en los sectores más dañados.

En 1992, la ciudad de Antofagasta fue víctima de un gran aluvión, producto de lluvias que ablandaron el terreno en el que se encontraban ubicados los estanques de agua potable, lo que afectó a un amplio sector de la ciudad. En 1993, un fenómeno similar afectó a la región metropolitana, en el sector denominado quebrada de Macul, a consecuencia de lluvias cordilleranas que hicieron que una masa de lodo y piedras inundara un vasto sector de la ciudad, causando más de 100 víctimas entre muertos y desaparecidos.

Debido a la naturaleza sísmica del país, en particular de la región metropolitana del Norte, la población se ve sometida con cierta frecuencia a movimientos sísmicos. El último, de mediana intensidad, afectó a la zona central del país en 1996.

Los accidentes industriales son un fenómeno de reciente aparición que ha llevado a la constitución de equipos de trabajo dedicados tanto a su prevención como a la planificación de acciones para afrontarlos.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

De acuerdo con la Constitución de 1980, la salud es un derecho básico de las personas y el Estado debe garantizar a todos los ciudadanos el ejercicio del derecho a la protección de la salud y a habitar en un medio ambiente sin contaminación. La norma constitucional consagra un sistema dual de atención de la salud al garantizar que cada persona "tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea estatal o privado". La función del Ministerio de Salud es asegurar el acceso libre e igualitario a las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud, así como a las de rehabilitación de las secuelas de la enfermedad. Asimismo, debe coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar acciones en los ámbitos mencionados.

Las políticas gubernamentales del segundo Gobierno democrático proponen en líneas generales la modernización del Estado y la superación de la extrema pobreza. En relación con la salud, el compromiso es mejorar la calidad de vida de los chilenos. En 1996, la orientación del Gobierno fue la modernización de los sectores sociales, traducida en el logro de mayor eficacia en el uso de los recursos y la disposición del sector,

cuya organización se considera un elemento fundamental del desarrollo socioeconómico y el mejoramiento de la calidad de vida. La planificación sanitaria en Chile es un proceso esencialmente descentralizado. El Ministerio formula los lineamientos estratégicos y las metas nacionales y los servicios regionales de salud elaboran los planes y programas detallados. Los principales problemas del sector son la falta de equidad entre las distintas regiones y comunas del país, y entre los sectores público y privado en lo que respecta a la distribución de recursos y acciones; las limitaciones en cuanto a los recursos, la organización y la gestión del subsector público, y la necesidad de valorar y dignificar al usuario, convirtiéndolo en sujeto activo de todo el quehacer del sistema.

En 1994 y 1995 se aplicó el Plan de Fortalecimiento y Modernización del Sector Público de Salud, que procura mejorar la eficiencia y la calidad de la atención, en particular la que se brinda a los sectores más pobres de la población. Los ejes estratégicos del plan son la transferencia a las personas de los beneficios del proceso modernizador en el que el Gobierno centró sus esfuerzos durante los primeros años y la construcción de un sistema de seguridad social integrado, con cobertura total de la población mediante un conjunto de prestaciones de carácter individual y colectivo y financiamiento solidario.

Los ejes principales de la reforma sanitaria comprenden los siguientes aspectos: disminución de las listas de espera, aporte del sector a la superación de la extrema pobreza, humanización de la atención y mejora del trato al usuario, fortalecimiento y modernización del sistema público de salud, ampliación de la participación y el control social en salud, mejora de la cobertura y de la calidad de la atención al adulto mayor, refuerzo de la atención a la salud del adolescente y fortalecimiento de la fiscalización de las ISAPRE.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El sistema de salud único estatal de cobertura universal que adoptó Chile en 1952 experimentó importantes transformaciones de 1980 en adelante, en dos sentidos principales: la creación de una instancia gestora de financiamiento de naturaleza privada, esto es, las instituciones de salud previsual (ISAPRE), y el traspaso de los establecimientos de atención primaria a la administración municipal. Estos cambios han ido acompañados por la descentralización de la gestión de las acciones a los servicios regionales de salud (28 a comienzos de 1997).

El subsector público está constituido por los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud, 28 servicios regionales de

salud distribuidos en el país, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimientos y la Superintendencia de las ISAPRE, todos descentralizados. Se pueden incorporar también las instituciones y empresas del Estado que cuentan con unidades asistenciales para su personal.

En cada región, el Ministerio está representado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. Los 28 servicios de salud, a los que se agrega uno especializado (el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente), brindan asistencia médica y sanitaria a la población de una determinada zona geográfica por medio de sus establecimientos y unidades de atención. El personal del sector público está compuesto por 68.400 funcionarios del SNSS y 16.500 funcionarios municipales de salud dedicados a la atención primaria.

El FONASA es el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los fondos estatales destinados a la salud. Sus funciones principales están orientadas a financiar las acciones de salud y las inversiones de capital que requiere el sistema. Cuenta con una estructura central y con 13 agencias regionales para la administración de la modalidad de libre elección.

El Instituto de Salud Pública ejerce la función de Laboratorio Nacional y de referencia, y se encarga de normalizar y supervisar a los laboratorios de salud pública que determine el Ministerio de Salud, en los campos de microbiología, inmunología, bromatología, farmacología, laboratorio clínico, contaminación ambiental y salud ocupacional.

La Central de Abastecimiento tiene a su cargo la adquisición y provisión de medicamentos, productos farmacéuticos y de laboratorio, material quirúrgico, instrumental y demás elementos e insumos que requieren los organismos, entidades y personas integrantes o adscritas al sistema.

Los servicios de salud, de acuerdo con la complejidad de sus unidades de atención, están organizados en tres niveles de atención (primario, secundario y terciario) para llevar a cabo las funciones de protección, fomento, recuperación de la salud y rehabilitación que les corresponde ejecutar.

En 1980 se dictó el Decreto N 1/3063, que permitió el traspaso de los establecimientos asistenciales de nivel primario a la administración municipal. El proceso, iniciado en 1981, buscaba lograr una mayor descentralización administrativa de los establecimientos y, a la vez, extender la cobertura, adecuándola a las necesidades de cada comunidad. Culminó en 1988, año en que quedaron en manos de los municipios la mayoría de los consultorios generales urbanos y rurales, postas rurales de salud y estaciones médico-rurales.

Las ISAPRE son entes privados que captan el aporte de 7% del salario de los trabajadores que voluntaria e individualmente se afilian a sus planes de salud. Según el plan elegido, el trabajador debe complementar su contribución. Por lo general, se obliga además a cancelar copagos que varían de

acuerdo con el plan contratado, en el punto y momento de la prestación del servicio. Cuando los trabajadores no se afilian voluntariamente a alguna ISAPRE, su contribución de 7% del salario la recibe el FONASA, que pasa así a cubrir sus riesgos de salud. Esa institución recibe también fondos fiscales para la atención de indigentes y personas sin cobertura (por ejemplo, tabajadores autónomos).

Legislación sanitaria

El proceso de reforma del sector requiere una extensa adaptación del cuerpo legal. Los principales proyectos en curso son el proyecto de ley de remuneración profesional y estímulos, resultante del acuerdo entre el Ministerio y los profesionales de salud; una serie de proyectos en el marco del esfuerzo legislativo hacia la descentralización; la nueva ley médica, que trata de las condiciones de trabajo y remuneración de médicos, dentistas y farmacéuticos; proyectos de ley para regular los aspectos relacionados con la bioética, como es el caso de los trasplantes (ya aprobado), el prolongamiento artificial de la vida, la fertilización asistida y la manipulación genética. Como grandes cuestiones pendientes se encuentra una legislación ambiental, donde se defina claramente el papel del sector salud y la ampliación de la ley de medicamentos en lo relacionado con su producción y comercialización.

La armonización de la legislación sanitaria nacional con los procesos de integración regional se realiza por medio de dos mecanismos básicos: el convenio Hipólito Unanue (Pacto Andino) y el Mercosur e Iniciativa del Cono Sur. No se observan hasta el momento tentativas concertadas de promover una legislación sanitaria que responda a las necesidades presentes y futuras de la integración regional.

El Congreso chileno es bicameral y cada una de las cámaras cuenta con una comisión de salud. Esos foros han pasado a ser espacios de debate de la reforma y de otros temas del sector, en particular de los conflictos entre el Gobierno y las asociaciones gremiales de profesionales.

Modalidad de la conducción sectorial

El proceso de descentralización de los servicios tiene su marco legal en las reformas de 1980. La población se encuentra cubierta por los 28 servicios regionales de salud que poseen autonomía financiera, presupuestaria y de acción, y que constituyen el centro de gravedad del sistema de salud chileno. La atención primaria está delegada en los municipios que coordinan sus acciones con los servicios regionales. Tanto los servicios regionales de salud como los municipalizados tienen autonomía financiera y son financiados por el FONASA o por la vía de las ISAPRE, a las que venden servicios. Uno de los aspectos fundamentales de la reforma sanitaria es

la separación de las funciones institucionales. En este sentido, el Ministerio de Salud, históricamente el proveedor básico de servicios de salud en el país, se reserva en forma progresiva un papel rector y regulador; el FONASA cumple funciones de aseguramiento y financiamiento, y los servicios regionales de salud se ocupan de la provisión de servicios.

En el sector privado, el papel asegurador está a cargo de las 21 ISAPRE abiertas y las 15 cerradas que operan en el país. Las primeras reclutan sus cotizantes entre la población trabajadora en general y las segundas sirven con exclusividad a los trabajadores de determinadas empresas, por lo general de grandes dimensiones, como las mineras, las petroleras, las ferrocarrileras, etcétera. La prestación de servicios a la clientela de este nivel tiene lugar en las clínicas privadas y en un porcentaje de las camas de hospitales públicos (alrededor de 10%). Algunas ISAPRE cuentan con servicios ambulatorios especialmente para atención primaria, pero en general no para atención hospitalaria.

La participación privada en el sistema de salud chileno se hace en cuanto al financiamiento, por medio de las ISAPRE, y en la prestación de servicios, por medio de los consultorios médicos y de las 11.549 camas de que dispone ese subsector: 26,78% del parque hospitalario del país, con un índice ocupacional de 57,5. La cantidad de camas disponibles en el SNSS se mantuvo por muchos años por encima de 33.000, con una tendencia descendente desde 1980 hasta llegar a 31.579 en 1995. Hay 3,5 camas por 1.000 beneficiarios en el subsector público y 3,0 camas por 1.000 habitantes, incluido el sector privado.

De 35,3% de la población que declara atenderse en el sector privado de salud 23,7% está cubierto por las ISAPRE, 2,7% por los sistemas de las Fuerzas Armadas, 0,9% por otros sistemas y 8,0% declara atenderse con recursos particulares.

Los beneficiarios del sistema público (FONASA) constituyen 64,47% del total de la población y los de las ISAPRE, 27%, cifra en la que se incluye el 1,3% atendido bajo el régimen de las ISAPRE cerradas. El resto de la población (9,05%) se atiende en los sistemas de las fuerzas armadas y de carabineros, en formas alternativas de atención, y particularmente.

Modalidad de aseguramiento y cobertura

En 1995 el SNSS ofreció 2,53 consultas por beneficiario; las ISAPRE abiertas, 2,9, y las cerradas, 4,9. En el caso del SNSS, si a las consultas médicas se agrega la atención brindada por el personal no médico (enfermeros, matronas y auxiliares), la proporción se eleva a 4,04 atenciones por beneficiario.

En 1995 egresaron 1,4 millones de pacientes de todos los establecimientos con servicio de hospitalización del país. El SNSS produjo 1.064.000 egresos, con un rendimiento de 33,7 egresos por cama. En el sector privado la proporción fue de 32,1 egresos por cama. En 1996 el SNSS produjo 116,2 egre-

sos por 1.000 beneficiarios, las ISAPRE abiertas, 86,4 egresos por 1.000 beneficiarios y las cerradas, 139,8 egresos por 1.000 beneficiarios. La tasa de internación (cociente egresos:consultas) fue de 4,58% en el SNSS, 2,50% en las ISAPRE cerradas y 2,76% en las ISAPRE abiertas. Si a las consultas del sector público se agrega la atención brindada por personal no médico, esa proporción llega a 2,86%.

En los establecimientos públicos y privados, en 1996 se obtuvo un índice de 2,18 exámenes de laboratorio por habitante. En estudios de imagen, el índice fue de 0,21 examen por habitante y en anatomía patológica, de 0,05 examen por habitante. Se obtuvo una relación de 2,04 exámenes de laboratorio clínico por consulta. La relación de estudios de imagen por consulta fue de 0,20 y en anatomía patológica, de 0,05 examen por cada consulta.

En 1996 se registró una relación de 2,67 intervenciones de cirugía mayor por 100 habitantes y de 4,82 intervenciones de cirugía menor por 100 habitantes, lo que totaliza 7,4 intervenciones, de cualquier tipo, por 100 habitantes.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

La construcción de nuevos establecimientos privados de salud está reglada por la Ordenanza General de Construcción y Edificaciones en su capítulo de Edificaciones Hospitalarias y de Establecimientos de Salud. Los servicios regionales de salud son los encargados de autorizar la edificación de estos establecimientos.

En 1981 el gobierno militar modificó la ley de los Colegios Profesionales vigente desde 1948, que determinaba la tuición ética de la profesión por el Colegio Médico, eliminando la afiliación obligatoria. Esto acarrió graves consecuencias de naturaleza ética y de control del ejercicio de la profesión, ya que se estima que de 20% a 30% de los profesionales en ejercicio no se encuentran afiliados. Actualmente, hay cuatro proyectos de ley en el Congreso Nacional que buscan corregir esa situación.

El mercado chileno de medicamentos representa cerca de US\$ 400 millones anuales, de los cuales cerca de la mitad se produce en laboratorios nacionales y la otra mitad, en laboratorios de origen internacional. El registro de medicamentos se realiza en el Instituto de Salud Pública según la legislación recién actualizada (marzo de 1997). La fiscalización la ejercen los servicios regionales de salud, y los análisis correspondientes los realiza el Instituto de Salud Pública.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Control de la calidad del ambiente. El sistema de regulación ambiental ha sido reforzado por la Ley de Base del Medio

Ambiente aprobada en 1994 y por el Reglamento de Evaluación de Impacto Ambiental de Proyectos de Desarrollo, aprobado en abril de 1997. La implementación de este sistema permite la divulgación diaria de los niveles de contaminación en la capital y la declaración de situación de preemergencia y emergencia ambiental con niveles mayores a 300 mg/m³, lo que implica fuertes restricciones al tráfico de vehículos y la paralización de muchas industrias que actúan como fuentes fijas.

En la región metropolitana de Santiago, el control de la calidad del aire está a cargo del Servicio Metropolitano de Salud que se encarga de lo relativo a fuentes fijas. El Servicio Metropolitano de Transportes controla las fuentes móviles de contaminación.

El control de calidad de las aguas lo realiza la División General de Aguas del Ministerio de Obras Públicas. Las aguas marinas las controla Directemar, vinculado al Ministerio de Marina. La actualización del uso de aguas la conduce la Comisión Nacional de Medio Ambiente (CONAMA).

Protección y control de los alimentos. El control de la calidad de los alimentos es responsabilidad del Instituto de Salud Pública y la ejecuta el Ministerio de Salud por medio de los servicios de salud regionales. Los servicios regionales de salud realizan la fiscalización por muestreo, autorizan la comercialización de los alimentos, vigilan su manipulación y controlan las condiciones sanitarias de los establecimientos alimentarios. La red de laboratorios de salud pública efectúa los análisis. La legislación sobre alimentos está en proceso de modernización para adecuarse al código de prácticas alimentarias internacional.

Promoción de la salud. Chile está realizando un esfuerzo significativo en lo que se refiere a actividades de promoción de la salud. Las principales acciones se vinculan con la organización de consejos de desarrollo (consejos de participación comunitaria) a nivel de servicios y de establecimientos básicos y hospitalarios. En 1995 funcionaban 40 consejos de desarrollo y a fines de 1996 ya había 111.

Programas de prevención y control de enfermedades. Las acciones de prevención y control se realizan en los servicios primarios municipalizados y en los servicios regionales de salud. El resultado de esas actividades se refleja en las cifras: más de 95% de cobertura de inmunización, 99,5% de atención del parto y tasas de mortalidad infantil de 12,0 por 1.000 nacidos vivos.

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. Los servicios regionales de salud realizan la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles mediante diversas estrategias de intervención que consideran la participación de epidemiólogos para el control de brotes y el monitoreo de la situación. A los modelos tradicionales de

vigilancia epidemiológica se está incorporando tecnología de procesamiento y transferencia de datos, una de cuyas mejores experiencias se está llevando a cabo en el servicio de salud Atacama, con el sistema Epivigil, a través de la adaptación del modelo de vigilancia NETSS de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA) a las características de los servicios de salud del país.

Existe una red nacional de laboratorios de salud pública coordinada y controlada por el Instituto de Salud Pública por medio del llamado "Programa de Evaluación Externa de la Calidad de los Laboratorios Clínicos del País" (PEEC), que incluye ocho secciones de laboratorio clínico (química clínica, hematología, parasitología, serología de sífilis, bacteriología, inmunología, virología y micobacterias). Cada una de ellas tiene subprogramas de acuerdo con las especialidades que evalúan. La organización y administración del PEEC, llevada a cabo por el Instituto de Salud Pública, contempla un mínimo de dos y un máximo de cuatro evaluaciones al año por cada subprograma a cada uno de los establecimientos adscritos al programa. En marzo de 1997, los establecimientos adscritos sumaban 886 laboratorios clínicos, 201 públicos, 77 municipales, 56 pertenecientes a las fuerzas armadas, universidades o entidades religiosas, y 552 establecimientos privados. A estos laboratorios se agregan 128 bancos de sangre, 75 de ellos en servicios públicos y 53 privados. Todos los bancos de sangre cuentan con tamizaje obligatorio para VIH, hepatitis B, sífilis y Chagas, este último en zonas endémicas. El PEEC permite evaluar el cumplimiento de las normas de calidad establecidas. Durante 1996 se contaba con un universo de 833 laboratorios y 57 bancos de sangre y la participación en el PEEC alcanzó a 88%.

Servicios de agua potable y alcantarillado. La cobertura de abastecimiento de agua salubre es de 98,0% en la zona urbana y de 67,3% en la rural. La cobertura de alcantarillado es de 84,7% en la zona urbana, aunque 97% de las aguas servidas sean evacuadas en cursos de agua sin tratamiento previo.

El consumo de agua por habitante es de 184 litros por día en la zona urbana y 50 litros por día en la rural. El 100% de la población con servicios de agua recibe agua clorada.

Servicios de recolección de residuos. La tasa de recolección de residuos sólidos es de 98% y la cobertura de disposición en rellenos sanitarios, de 74,2% en la zona urbana. De los residuos industriales generados en 1995 en la región metropolitana, 3,0% fueron calificados como peligrosos.

Programas de ayuda alimentaria. Desde los años veinte, en Chile se realiza un conjunto de actividades relacionadas con la complementación alimentaria, que han constituido en 1952 un Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). Este programa, que ha demostrado una notable esta-

bilidad a lo largo de los años, explica en parte los buenos índices de mortalidad infantil y de cobertura de inmunizaciones que se observan en el país, ya que se asocia la vacunación a la recepción de la complementación alimentaria. En 1994, el PNAC representaba 9,12% del gasto público en salud.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia. Los establecimientos vinculados a los servicios regionales de salud se encuentran organizados en red. Asimismo, los consultorios de atención primaria municipalizada se articulan con los servicios regionales y son coordinados por estos por medio de sus divisiones de atención primaria, divisiones de programas o divisiones de atención integrada (DAI).

En 1995 los establecimientos del sistema público sumaban 187 hospitales, 15 consultorios urbanos administrados por el SNSS, 215 consultorios urbanos municipalizados, 146 consultorios rurales y 1.102 postas rurales (sin médico permanente). De los hospitales, 20 (11.855 camas) son de alta complejidad, 30 son del tipo 2, es decir, con especialidades (8.019 camas); 23 son del tipo 3, es decir, con algunas especialidades básicas (4.114 camas), y 105 son operados por médicos generales (5.332 camas).

En varios servicios de salud de la región metropolitana de Santiago, Valparaíso y Viña del Mar funciona una red de unidades de atención de emergencia (SAPU) y de atención pre-hospitalaria, esta última en algunos casos con médico (modelo SAMU francés) y otras con personal auxiliar, que ha ayudado a mejorar este tipo de atención.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre. Con el propósito de mejorar el aspecto resolutivo del nivel secundario, desde 1994 se han instalado unidades autónomas centradas en el apoyo diagnóstico (laboratorio e imagen), especialmente en la región metropolitana, centros de diagnóstico y tratamiento anexados a hospitales y centros de referencia de salud.

De los 160 bancos de sangre registrados en el país en 1993, 118 (73,7%) son públicos, 31 (19,3%) son privados y los restantes pertenecen a las fuerzas armadas (4,4%), a las universidades (1,3%) y a establecimientos privados independientes (1,3%). En 1996, el Instituto de Salud Pública informó que el país cuenta con 128 bancos de sangre (58,5% públicos y 41,4% privados).

Servicios especializados. En 1994, el SNSS disponía de 37 establecimientos psiquiátricos con 1.334 camas. Actualmente se ejecuta un Plan Nacional de Salud Mental que realiza un esfuerzo normativo amplio, con el apoyo de unidades

multiprofesionales en los 28 servicios de salud y acciones de integración del paciente con trastorno mental en la comunidad, utilización de hogares comunitarios, talleres protegidos y servicios de hospital de noche, además de la delegación de la atención de este tipo de paciente a los servicios de atención primaria. Las unidades de salud mental de los 28 servicios de salud se preocupan principalmente de los aspectos promocionales y preventivos, y de definir los aspectos que requieren una atención urgente, como salud y violencia, uso de alcohol y drogas, salud mental infanto-juvenil, discapacidad psíquica y rehabilitación.

El país cuenta desde 1990 con un Programa de Salud Bucodental orientado a los aspectos promocionales y preventivos. El 38% de la población recibe aguas fluoruradas y en las regiones donde ello no ocurre se aplica la práctica del enjuagatorio de flúor en poblaciones escolares, que cubre actualmente a 900.000 de los cerca de 2 millones de escolares del país. A estas acciones se suman un programa educativo realizado junto con el Ministerio de Educación y los municipios, y actividades de vigilancia tanto del índice CPO como de problemas de fluorosis. En la atención, se observa un activo esfuerzo de aplicación de tecnología innovadora con uso intensivo de personal auxiliar. La capacitación de auxiliares ha cambiado sus requerimientos horarios (de 350 a 1.200 horas) y se procura la integración docente-asistencial para la formación de profesionales. En 1992 se logró que una facultad (Temuco) aplicara un plan de estudios basado en esa tecnología innovadora.

Insumos para la salud

Medicamentos. Según legislación recientemente actualizada (marzo de 1997), el Instituto de Salud Pública lleva a cabo el registro y control sanitario de medicamentos, alimentos de uso médico, cosméticos y pesticidas de uso sanitario o doméstico. Al Instituto de Salud Pública le corresponde también el control, la autorización y la inspección de los establecimientos que fabriquen productos farmacéuticos, cosméticos y pesticidas en todo el país. La fiscalización de depósitos, droguerías o distribuidoras de estos productos la ejercen los servicios regionales de salud y los análisis correspondientes los realiza el Instituto de Salud Pública.

Productos inmunobiológicos. El Instituto de Salud Pública de Chile es el productor oficial de biológicos del Estado. En él se elabora vacuna antirrábica preparada con cerebro de ratón lactante, de uso humano y canino. El volumen de producción satisface completamente la demanda interna y, además, se exporta a siete países de la Región. La calidad del proceso de elaboración de este producto ha contribuido a reducir la incidencia de la rabia y ha permitido que el Instituto de Salud Pública colabore en el control de producción de la va-

cuna antirrábica en otros centros de la Región. Por otra parte, el Instituto es el único productor del país de la vacuna triple (DPT) y la mixta (DT), preparadas con cepas estándares y procedimientos clásicos, y satisface completamente la demanda interna con un producto de rendimiento y potencia aceptables. Otro producto elaborado por el Instituto de Salud Pública es la vacuna antitifoidea de bacteria completa, cuyo uso está centrado esencialmente en manipuladores de alimentos y personal del ejército. El Instituto de Salud Pública produce además derivado proteínico purificado (PPD) para la detección de tuberculosis, Rotagel para el diagnóstico de rotavirus y antígeno estándar para el diagnóstico de rabia. El resto de las vacunas se importan y el Instituto de Salud Pública tiene a su cargo el control de calidad.

Reactivos. La ley recientemente modificada que introduce modificaciones al Código Sanitario, regula las actividades de control de calidad de una serie de productos, con el propósito de garantizar seguridad y eficacia en su utilización. En la actualidad, el Instituto de Salud Pública está elaborando el Reglamento que determinará sus atribuciones de fiscalización. Entre los productos sometidos a fiscalización se incluyen instrumentos, equipos, reactivos de diagnóstico y artículos o elementos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades en humanos, así como los destinados al reemplazo o modificación de la anatomía.

El control de calidad se hará en establecimientos expresamente autorizados por el Instituto de Salud Pública, de acuerdo con las especificaciones técnicas que fije el Ministerio de Salud sobre la base de las propuestas del Instituto de Salud Pública. Ningún producto será comercializado si no cuenta con un régimen de control o con un certificado de calidad emitido por una entidad autorizada a tales efectos.

Recursos humanos

De los 13.857 médicos en actividad en el país en 1966, 66,2% se encuentran vinculados al sector público y 7.831 están adscriptos al SNSS; de ellos, 11,7% ejercen en el nivel municipal. De los 5.817 odontólogos, 26,1% trabajan en el sector público y 8,75%, en el nivel municipal. En el caso de los enfermeros (6.738) la proporción es de 59,0% en el sector público y 14,5% en el nivel municipal, y en el de las matronas (5.369), 54,6% en el sector público y 17,1% en el nivel municipal. De los 1.830 químicos y farmacéuticos existentes en el país, 15,9% ejercen en el sector público y 1,5% en el nivel municipal. En cuanto a los técnicos paramédicos, 26.972 ejercen en el sector público, de los cuales 19,5% ejercen en el nivel municipal. En 1996 el país contaba con 0,54 médicos, 0,07 odontólogos, 0,22 enfermeros, 0,14 matronas y 1,54 auxiliares por 1.000 habitantes.

Formación del personal de salud. La formación de pregrado del personal de salud se realiza en las universidades estatales y privadas del país. La formación de especialistas se inició en 1954, con la creación de la Escuela de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Las especialidades son actualmente reconocidas por la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), previa acreditación de antecedentes o realización de exámenes de suficiencia. Esta organización funciona desde 1985 y está integrada por representantes del Colegio Médico de Chile, las facultades de medicina, la Academia de Medicina del Instituto de Chile y ciertas sociedades científicas. El objetivo de la CONACEM es proporcionar garantía de idoneidad y contribuir a ordenar la práctica de la medicina. En diciembre de 1995, la CONACEM registró a 5.127 médicos certificados como especialistas, la mayor parte de ellos en los campos de pediatría (735), medicina interna (683), cirugía general (561) y obstetricia y ginecología (506). La Universidad de Chile y la Universidad Católica forman a alrededor de 94% de los especialistas egresados de programas universitarios.

Hasta diciembre de 1995, los egresados de programas de especialización universitaria de 1975, 1980, 1985, 1990 y 1995, sumaban 8.654; la mayor parte de ellos estaban formados en medicina interna (1.199). La información proporcionada en noviembre de 1995 por el Colegio Médico de Chile indica la existencia de 10.988 médicos colegiados, de los cuales solo 10,47% estaban registrados como médicos generales, urbanos, rurales e integrales.

Educación permanente del personal de salud. La introducción de un estatuto para la atención primaria es innovadora en el sentido de que incorpora en forma explícita elementos de formación continua del personal de salud; además, constituye un requisito para proseguir la carrera del personal municipal. Los servicios de salud tienen la misión de aprobar y supervisar el cumplimiento de los programas anuales de capacitación elaborados por cada municipalidad.

Un estudio por muestreo de la educación continua realizado en 1996 por los servicios de salud reveló que los funcionarios de todos los niveles del sistema reconocen que desde 1994 ha habido un acentuado cambio en la intensidad de la formación y en el modelo de capacitación, ahora más amplio por la gama de profesionales y auxiliares participantes. Este proceso se ha adecuado a las iniciativas de desarrollo organizacional de los servicios.

Mercado de trabajo de los profesionales de la salud. En 1996 el Ministerio de Salud promovió la realización de un estudio sobre el mercado de trabajo que incluía la oferta, la demanda, la estructura, la remuneración, los factores motivacionales y las tendencias. El estudio reveló una relativa suficiencia de profesionales médicos, a excepción de

algunas especialidades: anestesiología, especialidades relacionadas con procedimientos, oncología y neuropsiquiatría infantil, por orden de carencia. En la región metropolitana de Santiago se observa un superávit relativo (estimado por el estudio en aproximadamente 1.300 profesionales) y una carencia de profesionales predominante en las regiones VIII, X, IX y IV (entre 570 y 340). El país cuenta con una dotación baja de enfermeros y se observa una importante concentración de estos profesionales en la región metropolitana. Apenas uno de cada cuatro enfermeros trabaja en los niveles menos complejos del sistema. De los 5.817 odontólogos en actividad, alrededor de 65% trabaja en la región metropolitana y 30% en el SNSS; de estos, 45% son especialistas.

Investigación y tecnología en salud

La investigación y desarrollo ha crecido en Chile nueve veces en términos reales entre 1965 y 1993. La proporción del producto geográfico bruto (PGB) comprometida con esa actividad aún es pequeña (0,75%). De los recursos distribuidos por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT), principal fuente oficial en materia de tecnología, 13,4% se destinó a las ciencias de la salud.

El principal recurso para el financiamiento de la investigación es el FONDECYT. En el ámbito de la salud, dos instituciones nacionales captan una elevada proporción de este Fondo concursable: la Universidad de Chile (Santiago), con cerca de 50% del total de proyectos en el período 1988–1995, y la Universidad Católica de Chile (Santiago), con alrededor de 30% de los proyectos en el mismo período.

De 1.796 proyectos financiados por los distintos sistemas en el país en el período 1985–1994, 12% se destinaron a la formación especializada en medicina. Lamentablemente, las otras profesiones de salud fueron incluidas en el acápito de ciencias básicas y aplicadas (15%), que no las discrimina.

Documentación científico-técnica. En 1997 se identificaron 75 publicaciones regulares en el campo de la salud, de las que 55 contribuyen a la base de datos LILACS. Hay en Chile una extensa red de entidades dedicadas a la consultoría e investigación en la materia, vinculadas o no al sistema universitario, que producen un nutrido volumen de publicaciones. Al Centro de Documentación Minsal/OPS entran cerca de 800 títulos de este tipo al año.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto total en salud en 1997 se estimó en US\$ 3.600 millones, de los cuales el subsector público ejecutó unos

US\$ 2.020 millones. El gasto total como proporción del producto interno bruto (PIB) se estimó para 1997 en 5,02%; 2,13% correspondió al gasto privado. Del gasto público, 10,2% correspondió a gastos directos de las municipalidades. En los últimos cinco años la proporción del PIB destinada a salud creció 15,1% (desde 4,36% en 1993). El componente público aumentó 5,7% en el período (desde 2,96% en 1993) y el privado, 36,5% (desde 1,56% en 1993). En 1994, 46,8% del gasto público correspondía a aportes fiscales, el resto, a la contribución de 7% de los ingresos de los trabajadores.

Los analistas consideran que el crecimiento de la participación privada en el sector mostrará una desaceleración en los años futuros debido a la saturación del mercado de las ISAPRE. Hay disposición manifiesta del Gobierno de continuar aumentando los gastos sociales en salud y educación.

Con respecto al gasto público y privado en servicios preventivos, el SNSS ha gastado en 1995 un total de US\$ 183,17 por beneficiario. El mismo gasto para el sistema privado fue de US\$ 212,69 en el caso de las ISAPRE abiertas y de US\$ 431,88 en el de las ISAPRE cerradas. De los gastos del subsector público, modalidad institucional, 11,99% se destinó a la atención primaria.

En cuanto al gasto público y privado en atención ambulatoria y hospitalaria, el FONASA destinó 33,6% de los recursos a días-cama, 19,3% a exámenes de apoyo diagnóstico, 17,1% a atención ambulatoria, 13,9% a intervenciones quirúrgicas, 5,03% a procedimientos de ginecología y obstetricia, 4,8% a atención odontológica, 1,3% a hemodiálisis y otras prestaciones, 0,82% a actividades de protección específica y 2,31% a atenciones sobre el medio ambiente. En el subsistema de las ISAPRE, 46,15% de los recursos se dedicaron a la atención ambulatoria y al apoyo diagnóstico relacionado con ella, 48,3% de ellos a programas médicos donde se incluye la atención hospitalaria, 2,18% a atención dental (no prevista en todos los planes de salud) y 0,35% a actividades preventivas. El 13,9% de los gastos de FONASA se realizó bajo la modalidad de libre elección, un tipo de atención que se aproxima al modelo ISAPRE del sector privado. La opción por esa modalidad la realiza el beneficiario en el momento de recibir la atención.

En relación con la distribución regional de los recursos públicos, en 1994, entre los 28 servicios regionales de salud, los ingresos per cápita para salud han variado de un mínimo de US\$ 78,55 (Biobío) a US\$ 249,17 (Iquique). La mediana se situó en US\$ 114,67 (Antofagasta); el cuartil superior en US\$ 162,50 (Valparaíso-San Antonio) y el inferior en US\$ 94,14

(Viña del Mar-Quillota y región metropolitana Sur-Oriente); el cociente amplitud semicuartil/mediana (coeficiente no paramétrico de variación) resultó 29,81%.

El presupuesto público de salud de 1997 está formado por las contribuciones de los trabajadores (33%), el aporte fiscal (48%), los ingresos de operación (8%), otros ingresos (9%) y endeudamiento (2%). De los recursos públicos para salud, 10,2% corresponde a los aportes fiscales municipales. En 1996 las inversiones en el sector alcanzaron los US\$ 112 millones, lo que representa 6,3% del total del gasto público en el sector. Ese rubro ha crecido 651% en los cinco años hasta 1995.

Cooperación técnica y financiera externa

La situación de desarrollo de la salud en Chile hace que los aportes financieros tengan menos significación que las actividades conjuntas que los proyectos de cooperación posibilitan. A su vez, Chile realiza un significativo esfuerzo de cooperación entre países dirigido sobre todo a América Central y el Caribe, como es el caso de Haití y Nicaragua.

En el período 1994-1995 Chile contó con recursos extrasectoriales provenientes de créditos otorgados por el Banco Mundial por US\$ 3,3 millones para recuperación hospitalaria y rehabilitación; US\$ 23,9 millones para unidades de emergencia en la región metropolitana; US\$ 3,5 millones para proyectos de desarrollo institucional y US\$ 86,5 millones para invertir en ocho servicios regionales de salud. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) concedió un crédito de US\$ 70 millones para un proyecto de racionalización (funcional y física) de servicios regionales. El Gobierno de Alemania otorgó un préstamo de US\$ 31,75 millones para rehabilitación hospitalaria.

En términos de cooperación bilateral, en ese mismo período Alemania aportó US\$ 894.000 para la realización de un proyecto en el campo de la rehabilitación; Estados Unidos US\$ 10,8 millones para atención primaria a comunas carenciadas; el Reino de los Países Bajos US\$ 348.000 para la prevención del sida; Italia US\$ 10,34 millones para la atención sanitaria en zonas de alto riesgo social; Francia US\$ 42.000 para la lucha contra el sida; Japón US\$ 700.000 para el desarrollo de unidades de atención secundaria resolutive, y Suecia US\$ 416.000 para la lucha contra el sida. En cuanto a la cooperación multilateral, la Unión Europea aportó US\$ 986.440 para la prevención de la drogadicción.

COLOMBIA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Colombia tiene una extensión territorial de 1.141.748 km², con un relieve dominado por los tres ramales de la Cordillera de los Andes (occidental, central y oriental) y zonas de valles y llanuras. La población estimada para 1997 fue de 40.072.328 habitantes, 49,5% de los cuales son hombres y 50,5% mujeres. La tasa de crecimiento de la población es de 2,05% anual y la densidad demográfica de 32,4 habitantes por km². La población urbana representa 71% de los habitantes y la rural, 29%.

Las corrientes migratorias internas se dirigen sobre todo a la región andina; uno de cada cuatro colombianos vive fuera de su departamento de origen. Las corrientes migratorias externas se dirigen principalmente a Ecuador, Estados Unidos y Venezuela, con un volumen acumulado que, según el censo de 1993, sobrepasa el medio millón de personas. Esta cifra refleja solo una parte del éxodo, que se produce en forma clandestina. El volumen acumulado de inmigrantes internacionales representa 0,33% del total de la población.

La existencia de 81 pueblos indígenas (1,7% del total de habitantes), junto a la población colombiana de origen africano (25% de la población) y mestiza, hacen de Colombia un país multiétnico y pluricultural, con diversas tradiciones y distintas lenguas. Esta multiplicidad cultural se traduce en diferencias culturales y de condiciones de vida en los distintos grupos de población y, por ende, en diversos tipos de enfermedades.

En general, los indicadores demográficos muestran mejoras continuas en los períodos 1970–1975 a 1990–1995, sin embargo, las mejoras de los indicadores nacionales en su conjunto ocultan las grandes diferencias que subsisten entre las regiones, entre las zonas urbanas y rurales y entre los estratos sociales. Por ejemplo, en el período 1990–1995, en la región del Pacífico, donde predomina la población colombiana de

origen africano, se registraron los peores indicadores: una esperanza de vida al nacer inferior al promedio nacional en 2 años y una mortalidad infantil de 37 por 1.000 nacidos vivos, superior al promedio nacional en 20%.

Entre la zona urbana y la rural también se encontraron diferencias: la tasa global de fecundidad en la primera era de 2,65 hijos por mujer, mientras que en la segunda era de 4,41 hijos por mujer. La mortalidad por enfermedades transmisibles era tres veces mayor en la población con una gama de necesidades básicas insatisfechas (NBI) entre 90 y 100, que en aquella con un índice de NBI menor que 20.

El mejoramiento de las condiciones de vida de la población de las cabeceras municipales (zona urbana) parece haber influido favorablemente en los indicadores demográficos. No obstante, a pesar de la tendencia descendente observada entre 1973 y 1993, la brecha entre la proporción de población pobre de las cabeceras municipales y la del resto del municipio se ensanchó. En 1973 había 1,5% más personas en situación de pobreza (presencia de al menos un indicador de NBI) entre los habitantes del municipio que entre los de las cabeceras municipales. En 1993 la relación prácticamente se había duplicado, pasando a 2,9% en el resto del municipio. La razón de población en situación de miseria (presencia de dos o más indicadores de NBI) en la zona rural pasó de 2,2 a 5,0 en relación con la que habita en las cabeceras municipales.

En los últimos 30 años el Gobierno Nacional ha mostrado gran interés por mejorar la cobertura de la educación primaria y secundaria; sin embargo, las carencias educativas del país son inmensas. En 1994, 2 de cada 10 niños de 6 a 11 años de edad no asistían a la escuela primaria y 5 de cada 10 jóvenes de 12 a 17 años de edad no recibían educación secundaria. De cada 100 niños ingresados a la escuela primaria, solo 30 finalizaron el noveno grado y apenas 7 lo hicieron sin repetir ningún grado. La menor cobertura educativa afecta principalmente a los pobres de las zonas urbana y rural. En 1973, el analfabetismo en la zona rural (22,8%) triplicaba al de la zona urbana (6,0%) y las variaciones en el interior del país

iban de 3,0% en Bogotá a 25,11% en Tolima y a 25,3% en Córdoba, mientras que los años de educación de la población urbana (7,0) duplicaban a los de la población rural (3,2). En el interior del país también se observan grandes diferencias que van de 4,2 años en el Cauca y 4,3 en Sucre hasta 8,1 en Bogotá. Las tasas netas de asistencia escolar por nivel educativo alcanzaron en 1993 a 36,9% de la población preescolar (3 a 5 años), a 79,1% de la primaria (6 a 11 años), a 54,1% de la secundaria (12 a 17 años) y a 8,7% de la población que cursaba el nivel superior (18 a 24 años).

A los problemas de cobertura educativa se añade el de la calidad de la educación, especialmente de la impartida en escuelas y colegios públicos. En la escuela primaria, pública y rural los niños aprenden menos de la mitad de lo que deberían aprender de acuerdo con los planes de estudio vigentes. En los colegios secundarios, 25% de los niños no logran superar el nivel mínimo de las pruebas de lenguaje en séptimo grado y menos de 20% alcanzan un nivel óptimo entre los grados séptimo y noveno.

El gasto público en educación ha tenido una tendencia prácticamente estable como participación en el producto interno bruto (PIB): de 2,85% en los años setenta pasó a 2,99% en los ochenta y a 3,03% en los noventa. En cuanto a los niveles a los que está dirigido, el gasto público en educación muestra desequilibrios: en 1994, la participación en la educación primaria representaba 33%, en la educación secundaria, 29% y en la educación superior, 17%. Del gasto en educación primaria, el 40% más pobre recibía 67% del subsidio, en la secundaria el 40% más pobre recibía 46%, mientras que en la educación superior, el 40% más pobre solo recibía 15% del subsidio.

La cobertura de servicios básicos en los hogares aumentó en forma significativa entre 1985 y 1993, pasando de 70,5% a 82,1% en acueductos y de 59,4% a 69,0% en alcantarillado. Sin embargo, entre 6 y 10 millones de personas aún no cuentan con uno u otro servicio. La situación más crítica se presenta en la zona rural, donde entre 5 y 8 millones de habitantes carecen, por lo menos, de uno de estos servicios. Se observan aún mayores rezagos en lo que se refiere a la calidad del agua. Solo 62% de los habitantes en la zona urbana recibe agua apta para el consumo humano, mientras que en la zona rural únicamente 10% cuenta con agua de buena calidad. Los adelantos más significativos en los servicios de acueducto y alcantarillado han tenido lugar en el decenio de 1990. La inversión entre 1991 y 1994 representó 25% del total de inversiones en los últimos 30 años; no obstante, fue de 0,3% del PIB y 2,7% del total del gasto social, lo que pone en evidencia la poca importancia que se le había asignado al sector en años anteriores.

En las últimas décadas, la economía colombiana experimentó enormes cambios, creciendo y diversificándose en forma constante y progresiva. A comienzos de los años no-

venta se inició un proceso radical de apertura económica, caracterizado por una significativa disminución de las barreras arancelarias proteccionistas en prácticamente todos los sectores. En los últimos seis años el desempeño de la economía ha sido desperejo y ciertos sectores se han visto particularmente beneficiados. El PIB experimentó un crecimiento estable de 1991 (2%) a 1994 (5,6%) y luego declinó a 4,5% en 1996. La tasa de inflación descendió hasta llegar a 19% en 1995, pero la tendencia se revirtió llegando a 23% en 1996.

Las inversiones extranjeras directas pasaron de US\$ 2.100 millones en 1985 a \$7.342 millones en 1995, cifras que no incluyen las realizadas en los sectores minero y petrolero. La deuda externa pasó de \$17.000 millones en 1992 a \$20.000 millones en 1994, lo que corresponde a 34,5% y 30,7% del producto interno bruto (PIB), respectivamente.

No obstante, el PIB, que en los dos primeros trimestres de 1995 había crecido a un ritmo de 7,5% y 4,7% respectivamente, para los mismos periodos de 1996 aumentó a 3,9% y 2,2%. Esta pérdida neta se vincula con la liquidación de empresas, los cierres temporarios y los despidos masivos en las principales ciudades, que liberaron mano de obra en su mayoría no absorbida por otros sectores de la economía, dada la extensión de la recesión. En la construcción y en la industria manufacturera se perdieron empleos en forma acelerada. En cambio, cabe resaltar que el sector de minas y canteras generó empleos posiblemente vinculados con la actividad petrolera.

Como consecuencia de lo anterior, la situación del mercado laboral urbano se ha deteriorado en forma rápida y grave. En septiembre de 1996 la tasa de desempleo alcanzó 12,1%, cifra superior a las registradas en los últimos 10 años. La situación era similar en casi todas las principales ciudades colombianas (Pasto 15,5%, Cali 15,1%, Medellín 13,6%, Manizales 13,1%, Barranquilla 12,2%, Bucaramanga 10,8% y Bogotá 10,4%). El aumento del desempleo coincidió con una disminución clara y casi equivalente del empleo: -2,36% entre 1995 y 1996, el mayor deterioro ocurrido desde 1990.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística de 1994, el empleo informal se mantuvo en igual proporción desde 1984, al representar 54,9% del empleo total. Los negocios pequeños constituían la mayoría, de modo que las microempresas de cinco trabajadores o menos generaban mayor empleo que las de seis o más trabajadores.

En Colombia predomina la economía informal de subsistencia, situación que limita la contribución al desarrollo económico. La producción de bienes y servicios del sector informal está destinada al consumo interno de la población general. Tres cuartas partes de las actividades informales se concentran en los sectores comercial y de servicios.

La apertura económica incrementó la incertidumbre del mercado y las fluctuaciones de la demanda. En 1997 las empresas vivieron los riesgos de la inestabilidad económica y debieron hacer frente a una mayor competencia internacional

que las obligó a reducir los costos y acelerar el cambio tecnológico. Esto repercutió en las relaciones laborales, ya que las empresas adoptaron la flexibilidad laboral y recurrieron a modalidades atípicas de contratación a fin de bajar sus costos (contratos temporarios, de tiempo parcial, a domicilio, acuerdos con subcontratistas). Tanto las empresas emergentes como las que se encontraban en crisis tendieron a utilizar con mayor frecuencia mano de obra temporaria.

Las mujeres con trabajos temporarios tienen disparidades de ingreso si se las compara con las mujeres con empleos permanentes. La brecha entre ambos grupos tiende a ser mayor según el nivel de calificación. Así, es de 2% menos para las operarias, 13% menos para las empleadas administrativas y para las que trabajan en empleos permanentes, hasta llegar a 22% menos para las profesionales. En el caso de los hombres, la situación es diferente: los obreros que realizan trabajos temporarios ganan 10% menos, los profesionales 5%, pero los empleados administrativos reciben en promedio salarios 10% mejores que los administrativos con vinculación laboral permanente. Se presenta así una situación salarial bastante heterogénea.

Contrariamente a la mala situación en materia de empleo, el nivel de los salarios promedio de los ocupados ha experimentado un aumento en términos reales desde 1991, en especial en el sector financiero, mientras que los salarios de los sectores industrial y comercial se mantuvieron dentro del promedio nacional, lo que indica que si bien disminuyó el empleo la productividad de los trabajadores se incrementó. Si bien el Gobierno Nacional en los últimos años ha logrado aumentar el presupuesto del gasto público social de 9,07 del PIB en 1990 a 15,14% en 1995, aún se advierten disparidades entre las zonas urbana y rural en educación, servicios básicos y empleo. Esta situación repercute, directa o indirectamente, en la salud de la población, ya que afecta a las condiciones de vida y a la accesibilidad de los servicios, entre ellos los sanitarios. Las condiciones de salud se encuentran en una transición caracterizada por un mejoramiento progresivo pero desigual y por la concurrencia de enfermedades transmisibles, crónicas y degenerativas que afecta en particular a la población más pobre, y con diferencias evidentes en razón del sexo. Por otra parte, el trauma y el homicidio han tomado una inusitada preponderancia en el cuadro epidemiológico general.

Mortalidad

La tasa cruda de mortalidad general en el período 1990–1995 fue de 6,57 defunciones por 1.000 habitantes. El subregistro de defunciones en la cabecera municipal se estimó en 15% y el de defunciones en el resto del municipio, en 65%. En general, se calcula un subregistro de 34,0%, 46,6%

para los menores de 1 año y 29,8% para el grupo de 70 y más años. En hombres y mujeres el subregistro es de 34,8% para los primeros y de 32,5% para las segundas. En el mismo período, no se observaron variaciones importantes en las tasas específicas por edad y sexo.

En 1994, la mayor proporción de las muertes (168.568) se debieron a enfermedades del aparato circulatorio, seguidas por causas externas, tumores, enfermedades transmisibles y ciertas afecciones originadas en el período perinatal. Sin embargo, 79,5% de las defunciones por enfermedades del aparato circulatorio ocurrieron en la población de 45 y más años, mientras que 71% de las causas externas ocurrieron en el grupo de 15 a 44 años y las enfermedades transmisibles se presentaron fundamentalmente en el grupo de menores de 5 años. Esta situación evidencia un mosaico de causas que producen la muerte según la edad de la población.

Se observan diferencias según el sexo. En las mujeres, 35,3% del total de defunciones se debieron a enfermedades del aparato circulatorio y 17,7% a tumores, lo que pone de manifiesto que las enfermedades crónicas degenerativas fueron sus causas de muerte más frecuentes, mientras que en los varones, 36,8% del total de defunciones obedecieron a causas externas, es decir que su riesgo de morir por causas violentas es mayor.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

Los principales problemas de salud en la niñez son las enfermedades infecciosas. En el grupo de menores de 1 año las afecciones originadas en el período perinatal representaron 43,5% del total de las defunciones en 1994. El 61,9% del total de las muertes en este grupo de edad se atribuye a las hipoxias. Estos datos indican que la principal causa de muerte está relacionada con la atención del parto.

Las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas son las principales causas de consulta en el grupo de menores de 5 años. En 1995, 37,4% y 14,0% del total de consultas correspondieron a estas causas.

Además de los daños específicos a la salud de los niños, hay en Colombia problemas aún no cuantificados tales como la orfandad a causa de los conflictos armados, la participación de los niños en estos conflictos, el trabajo infantil. Por otro lado, a raíz de los problemas sociales y de las grandes inequidades regionales, existen dificultades de acceso a la educación, sobre todo para los niños que viven en las zonas rurales del país. En las zonas de conflicto la deserción escolar es cercana al 100%.

La salud del adolescente

Colombia ha logrado grandes adelantos en materia de erradicación del analfabetismo, especialmente en la última década; no obstante, solo uno de cada 10 jóvenes que inician el bachillerato lo terminan. Según datos del Departamento Nacional de Planeación, 2,4 millones de jóvenes no estudian ni trabajan (30% del total de la población adolescente). La deserción escolar, por lo tanto, es uno de los factores de riesgo a los que está expuesta la población adolescente. Junto con ello, la actividad sexual comienza entre los 11 y los 18 años, y el inicio temprano es más frecuente en la población de estratos sociales bajos de las grandes ciudades. Estos factores contribuyen a que más de 10% de las mujeres entre 15 y 19 años ya sean madres. Los jóvenes que son padres antes de los 19 años tienen un tercio de las posibilidades de graduarse en la universidad.

Un problema derivado del anterior es el de la delincuencia juvenil. En Colombia, en 1994, 19.250 jóvenes entre 12 y 17 años fueron juzgados y reclusos institucionalmente. Estos jóvenes presentan un índice de reincidencia cercano al 85%, lo que congestiona todo el sistema carcelario. Por otro lado, el uso de sustancias psicoactivas entre los menores de 18 años predomina en los estratos altos y medios; 15,2% de los consumidores de alcohol son menores de 18 años y 6,8% de los consumidores de cigarrillos son jóvenes. El consumo de cocaína es de 3,8% respecto de la población general. El 15,2% de los consumidores tienen entre 11 y 15 años de edad y 30,4% tienen entre 16 y 18 años. Estos factores contribuyen para que las causas externas, y en particular los homicidios y los accidentes de tráfico, constituyan la principal causa de muerte en la población adolescente.

La salud del adulto

Los principales problemas de este grupo son el desempleo y el subempleo, que condicionan y refuerzan condiciones de vida precarias y, por ende, la exposición a factores sociales y ambientales que deterioran la salud.

La pobreza rural, entre otros factores, ha favorecido el desplazamiento de grandes grupos de población hacia zonas marginales de las grandes ciudades. Los efectos que han producido estos desplazamientos en la vida social y en la salud mental de la población colombiana aún no han sido debidamente caracterizados. Sin embargo, merece destacarse que la tercera parte de los hogares están encabezados por mujeres.

Aunado a lo anterior, se advierte una prevalencia de hipertensión arterial de 12,6% en la población mayor de 15 años; asimismo, se estima que 7% de la población mayor de 30 años padece de diabetes mellitus no insulino dependiente y entre 30% y 40% desconoce estar enfermo. Después del trauma, la principal causa de morbimortalidad en este grupo

de edad son las enfermedades degenerativas crónicas, y en la mujer se destacan las asociadas al período reproductivo.

La salud del adulto mayor

En estudios realizados antes de 1993 se encontró que 87,5% de los ancianos no eran beneficiarios de la seguridad social, 42,0% no contaban con ingresos formales y regulares, 41,93% estaban en situación de miseria en zonas marginales, 11,0% vivían en tugurios, 32,5% eran analfabetos, 8,7% eran pensionados, 30,85% tenían trabajos remunerados y 39,05 realizaban diversos oficios para subsistir. A esta población le corresponde cerca de 50% del total de las defunciones del país. Las causas cardiovasculares ocasionan la mitad de las muertes.

El Ministerio de Salud ha puesto en marcha el Programa de Salud del Anciano, que establece la política del régimen de la seguridad social para conseguir la satisfacción íntegra de las necesidades de este grupo, el fortalecimiento de su identidad y autoestima, el autorreconocimiento, la prevención y el tratamiento de enfermedades, y el mejoramiento de los servicios asistenciales.

La salud de la mujer

La cobertura de atención a las gestantes en 1995 en el nivel institucional fue de 80%, con un promedio de cuatro controles, 30% de los cuales se registraron en el primer trimestre. En el mismo año, la atención institucional del parto fue de 77%, lo que significa que una quinta parte de las gestantes no recibieron ningún tipo de atención médica en ese período. Esta situación se refleja en la cobertura de los programas de atención a la mujer en edad fértil. Del total de mujeres, 27% se encontraban en edad fértil y de ellas, 55% vivían en unión conyugal. Aunque el conocimiento sobre métodos anticonceptivos está generalizado, 72% de las mujeres que llevaban vida marital utilizaban métodos anticonceptivos; de estos, el sector público suministraba 29,4%. Del total de gestaciones esperadas, 24% terminaron en aborto y 26% en nacimientos no deseados.

El aborto es la segunda causa de muerte materna, con 15% del total de las defunciones ocurridas por causa de la maternidad, lo que coincide con la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en las poblaciones de riesgo (su mayor incidencia se presenta en mujeres de 20 a 29 años). Del total de embarazos que terminaron en aborto en 1995, 24% se debieron a fallas en los métodos anticonceptivos y el resto a la inaccesibilidad de estos. El aborto es ilegal en Colombia, por lo que muchas mujeres interrumpen los embarazos no deseados con procedimientos realizados en condiciones sépticas que ponen en alto riesgo su vida y su estado de salud.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Violencia

Los principales problemas de salud de la población colombiana son las lesiones por causas externas, producto de la violencia que afecta a la sociedad en su conjunto. En 1994, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, con el propósito de apoyar la realización de actividades de proyección social relativas a personas y entidades, creó el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, dependiente de la subdirección de Servicios Forenses. El Centro tiene a su cargo la planeación y ejecución de intervenciones sobre fenómenos violentos. Es así como en 1995 se realizaron 213.341 reconocimientos por lesiones no mortales y se practicaron 11.970 dictámenes por delitos sexuales en todo el país. Esto equivale a un incremento de 15% en la tasa de lesiones no mortales (527 por 100.000 habitantes en 1994 y 608 en 1995) y un aumento de 7,6% en la tasa de delitos sexuales (31,6 por 100.000 habitantes en 1994 y 34,0 en 1995). La tasa de lesiones no mortales en 1995 en comparación con la del año anterior representa incrementos en violencia común, violencia familiar, delitos sexuales, accidentes de tráfico y otros accidentes.

De las lesiones no mortales, 163.230 (76,5% del total) fueron lesiones personales intencionalmente infligidas por otros, 65,8% de estas corresponden a violencia común (riñas, atracos, ajuste de cuentas, venganza, limpieza social, entre otros), lo que representa una tasa de 306 por 100.000 habitantes, 26,3% a violencia familiar, con una tasa de 122 por 100.000 habitantes, 0,5% a orden público y 7,3% a delitos sexuales, con una tasa de 34 por 100.000 habitantes. La mayoría de las lesiones fueron ocasionadas con elementos contundentes (63,7%) seguidas de armas cortopunzantes (18,5%). Las tasas más altas se presentan en San Andrés, Amazonas, Arauca y Santa Fe de Bogotá. Los departamentos con tasas más altas de violencia común son distintos de las regiones que presentan las tasas más altas de homicidios, lo que sugiere la existencia de causas diferentes.

En 1995, el Instituto realizó 42.963 dictámenes por violencia familiar (maltrato al menor, violencia conyugal y agresiones entre otros miembros de la familia), lo que representa 20,1% del total de lesiones personales evaluadas, equivalente a una tasa nacional de 122 por 100.000 habitantes. Las mujeres de 25 a 34 años y los hombres de 5 a 14 años son los que presentan las tasas más altas de violencia familiar. Los departamentos de Santa Fe de Bogotá, San Andrés, Arauca, Meta, Risaralda, Quindío y Tolima presentan las más altas tasas de todas las formas de maltrato en el grupo familiar.

En 1995 se realizaron 11.970 dictámenes sobre delitos sexuales, 87,8% de los cuales correspondieron a mujeres, es decir, una tasa de 34 por 100.000 habitantes. El 55,3% de las

víctimas tenían entre 5 y 14 años. En 77,4% de los casos el agresor era una persona conocida de la víctima (9% de las veces el padre, 8,5% el padrastro, 11,3% otro familiar y 48,6% otra persona conocida). En 35,5% de los menores de 14 años se hallaron pruebas positivas en el examen físico. En los casos sin pruebas físicas de delito sexual, que corresponden en su gran mayoría a actos de corrupción de menores, es más difícil investigar judicialmente e identificar y condenar al culpable, hecho que favorece la impunidad.

Las lesiones mortales y no mortales por accidentes de tráfico se han incrementado progresivamente en las grandes ciudades. En 1995 se practicaron 7.874 necropsias por accidente de tráfico, lo que corresponde a una tasa de 22 por 100.000 habitantes. Por cada defunción por accidente de tráfico hubo siete lesionados por esta causa. Se evaluaron 52.527 víctimas de lesiones no mortales en accidentes de tráfico, lo que corresponde a una tasa de 150 por 100.000 habitantes. Las lesiones no mortales (en las que el peatón suele ser la principal víctima) representan mayor riesgo para los hombres, en particular para los del grupo de 25 a 34 años de edad, mientras que las lesiones mortales son más frecuentes en la población de 60 años y más. Diversos factores pueden influir en el aumento de los accidentes de tráfico, entre ellos la mayor cantidad de vehículos, las largas distancias transitadas, el alto porcentaje de conductores menores de 25 años y su fácil acceso al alcohol, la falta de límites de velocidad y las deficientes medidas de inspección de vehículos.

En 1995 se estimó un total de 1.450.845 años potenciales de vida perdidos (APVP) por muertes violentas, de los cuales 67,4% (977.725) se debieron a homicidio, 18,5% (268.303) a accidentes de tráfico, 10,1% (145.988) a otros accidentes y 4,1% (58.830) a suicidios.

En 1995 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 43.800 necropsias en todo el país, de las cuales 87,9% (38.483) correspondieron a muertes violentas. Esto equivale a una tasa de 110 por 100.000 habitantes, lo que supone una disminución de 2% respecto del año anterior, en que fue de 112 por 100.000 habitantes. Del total de lesiones mortales por causas externas, 65,7% correspondieron a homicidios, seguidos por accidentes de tráfico, que representaron 20,5%.

El análisis por edad y sexo muestra que murieron en forma violenta 7,7 hombres por cada mujer: por homicidio, 14 hombres por cada mujer, por suicidio 3,3 y por cada uno de los tipos de accidentes, 3,9. Estas cifras reflejan importantes diferencias según el sexo. El 59,7% (22.977) de las muertes violentas ocurrieron en jóvenes de 15 a 34 años. En este grupo murieron por causa violenta 10 hombres por cada mujer y en particular por homicidio 15,3 hombres por cada mujer. Los homicidios constituyen la primera causa de muerte entre los hombres jóvenes colombianos. Constituyen también la primera causa de mortalidad y de APVP (67,4% del total). En

1938 la tasa de homicidios fue de 15 por cada 100.000 habitantes, en la década del cincuenta, a pesar de la violencia que caracterizó a esta época, no superó los 55 homicidios por 100.000 habitantes, en 1991 llegó a 88, en 1994 a 78 y en 1995 a 72 por 100.000 habitantes.

El fenómeno de la violencia en Colombia ha sido analizado ampliamente con diversas interpretaciones sobre sus causas, actores y escenarios. Entre las hipótesis planteadas se destacan las siguientes:

- Existe una cultura de respuesta violenta ante el conflicto. En efecto, Colombia posee una extensa lista de guerras civiles y una muy larga historia de movimientos guerrilleros que pueden haber ido estableciendo en la sociedad la tendencia a resolver los conflictos por la fuerza y no a través del diálogo y la concertación.

- La urbanización creciente desencadena la violencia. Sin embargo, la tasa de homicidios de Bogotá, que es la principal concentración urbana del país, es menor que la de ciudades intermedias como Manizales, Cúcuta y Bucaramanga, donde es de alrededor de 100 por 100.000 habitantes, mientras que ciudades aun más pequeñas tienen tasas de alrededor de 300 por 100.000 habitantes. Las tasas más altas (800 homicidios por 100.000 habitantes) son las de Apartado, localidad de la costa del Pacífico, en la que predomina la población colombiana de origen africano.

- La violencia es la respuesta a la pobreza. Sin embargo, al analizar las ciudades según el ingreso per cápita y la ocurrencia de homicidios se encontró que no había correlación, ya que las ciudades más pobres no eran las más violentas.

- Los colombianos son violentos por naturaleza. Sin embargo, las razones genéticas difícilmente podrían justificar un cambio tan acelerado como el observado desde 1980. Esta hipótesis tampoco permite explicar las extraordinarias variaciones que se observan en las ciudades colombianas.

- La violencia se relaciona con el tráfico de drogas. Esta hipótesis quizá proporcione un mejor acercamiento explicativo, ya que el fenómeno del tráfico de drogas constituye el cambio más llamativo ocurrido en los últimos 15 años en la sociedad colombiana. Al respecto, llama la atención el hecho de que los departamentos con tasas más altas de homicidios sean Antioquia, Guaviare, Putumayo y Valle del Cauca.

La presencia de algunos factores de riesgo que desencadenan o condicionan las respuestas violentas de la sociedad ha sido estudiada en algunas ciudades colombianas. Entre estos factores se destacan:

- El alcohol: en Santa Fe de Bogotá se solicitaron pruebas de alcoholemia en 92,6% de los homicidios y 55,7% resultaron positivas (más de 15 mg/ml para alcohol etílico). Según estudios realizados en Cali, 25% de las víctimas de homicidio se

encontraban intoxicadas con alcohol. Resultados similares, aunque con una proporción mayor de intoxicación en las víctimas, han sido notificados para Medellín y el resto del país. Medidas como la restricción de la venta de alcohol en sitios públicos o leyes semisecas han mostrado un efecto benéfico en Cali y más recientemente en Bogotá, donde se observó una disminución de 18% de alcoholemia en las personas que murieron violentamente.

- La tenencia de armas de fuego: según el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 80% de los homicidios ocurridos en Cali, Medellín y el resto del país en 1994 fueron ocasionados por armas de fuego. De acuerdo con datos de la Alcaldía de Bogotá, en ese mismo año se expedieron 156.283 permisos para portar armas de fuego en dicha ciudad. Una evaluación realizada en Cali de la política de desarme implantada en 1994 mostró una reducción significativa de los homicidios por armas de fuego.

- La impunidad del sistema judicial: datos de Desarrollo, Seguridad y Paz mostraron que en 1993 solo en 6% de los homicidios ocurridos en Cali se logró identificar a los agresores y solo unos pocos de estos fueron sancionados. La Policía Nacional estimó que solo en 17,2% de los homicidios se lograba aprehender a su autor, lo que no indica que este haya sido condenado.

- El narcotráfico: es un importante factor que explica en forma directa la violencia e influye indirectamente sobre los demás factores de riesgo. Los jóvenes, imposibilitados de ingresar a las escuelas y colegios por falta de capacidad del sistema escolar, y de ingresar al competitivo y estrecho mercado laboral por falta de educación y habilidades laborales, encuentran en el negocio de la distribución y venta de drogas una fuente de ingresos atractiva y fácil para ellos y sus familias. Una vez en el negocio, la violencia pasa a ser un elemento obligado de supervivencia.

El análisis de los escenarios en los que ocurre y la forma en que, a partir del decenio de 1970, se desencadena la violencia, muestra un desorden social producto de acciones premeditadas de venganza, ajustes de cuentas entre jefes del narcotráfico o ejecución de planes terroristas. También se identifican la delincuencia común, los enfrentamientos por tenencia de la tierra, la explotación esmeraldífera y otras alarmantes manifestaciones de violencia cotidiana.

En este contexto, gran cantidad de personas se han visto obligadas a desplazarse desde sus lugares de origen para conservar su vida. El desplazamiento es un fenómeno de migración involuntaria producto de la violencia, que determina que personas y familias que no están directamente implicadas en la lucha, sufran sus graves consecuencias y se vean obligadas a movilizarse desde sus lugares de origen para proteger sus vidas o su integridad física. Estos grupos se encuentran diseminados por todo el país. Así, huyen los campesinos desaloja-

dos de sus tierras por la justicia ordinaria y la justicia privada y también huyen otros pobladores por la insoportable situación de pobreza que se hace más difícil en las zonas de violencia. Se estima que los porcentajes de actores armados responsables del desplazamiento son la guerrilla (26%), las fuerzas paramilitares (32%), las milicias populares (16%), las fuerzas militares (16%) y otros (10%). Los desplazamientos son provocados principalmente por amenazas (49%), asesinatos (15%), atentados (8%) y otros (28%). Sin embargo, la principal causa de los desplazamientos guarda relación con la violencia política que se desarrolla en el escenario de una confrontación armada entre grupos guerrilleros y el Estado.

Una investigación de la Conferencia Episcopal correspondiente al período 1985–1994 reveló que uno de cada 60 colombianos debieron migrar por razones de violencia. Se encontró que 586.261 personas integraban 108.301 hogares en condición de desplazadas; de ellas, 6,7% habían perdido a sus esposos o a uno de sus hijos en hechos violentos antes de emigrar, y que 1.570 huérfanos o jóvenes o niños abandonados se habían convertido en responsables del núcleo familiar. De esta población, 52,4% habitaba en inquilinatos y tugurios, es decir que estaban concentrados en zonas urbanas marginales y sus condiciones de vida no guardaban relación con las de sus lugares de origen. Si antes de emigrar 69,3% vivían en casa propia, después del desplazamiento este porcentaje había bajado a 28,7%. Antes, 40,7% eran asalariados o pequeños y medianos propietarios vinculados a la producción agropecuaria y 10,0% eran pequeños y medianos comerciantes, y después del desplazamiento 22,5% se habían vuelto vendedores ambulantes, 12,9% habían pasado a ser obreros y solo 10,7% habían seguido desempeñando actividades agropecuarias. Esta situación hace que, cada día, la población colombiana se sume al círculo pobreza-enfermedad. El acceso a los servicios de salud es otro de los graves problemas que desencadena la migración forzada, ya que solo 22,1% de los hogares desplazados recibe atención médica.

Según información del Sistema Nacional de Atención Integral a la población desplazada por la violencia, durante 1995, 1996 y el primer cuatrimestre de 1997 esta llegaba a 41.675 familias. Según informes de organizaciones humanitarias, 53% de la población desplazada en el período diciembre 1995–1996 eran mujeres y 54%, menores de 18 años. La mujer cabeza de familia representa en este período 36% del total de la población desplazada.

El Gobierno Nacional, consciente de la magnitud del problema del desplazamiento interno y de sus graves efectos sobre los derechos humanos, creó el Programa Nacional de Atención Integral a la población desplazada por la violencia y apoyó el desarrollo de un plan que permitirá atacar los factores que generan la violencia, facilitando de esta forma el retorno voluntario de la población desplazada a sus lugares de

origen. El Gobierno suscribió asimismo el Contrato Social Rural, que integra políticas públicas de distintos sectores con el fin de mejorar la calidad de vida de la población rural, caracterizada por sus elevados niveles de pobreza y exclusión.

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. Desde 1990 se denunciaron alrededor de 180.000 casos anuales de malaria, con tendencia ascendente, ubicados en focos urbanos claramente establecidos en ciudades como Buenaventura, en el departamento del Valle y en Barranquilla, en el departamento del Atlántico. El 38% de los casos se atribuyó a *Plasmodium falciparum*. A fines de 1996, en el departamento de la Guajira, donde tradicionalmente había predominado *P. vivax*, se detectó un incremento de casos en hombres (20% eran indígenas wayú) atribuibles en 80% a *P. falciparum*.

La fiebre amarilla presentó asimismo una tendencia ascendente en los últimos años. En 1994 se notificaron dos casos (departamentos Meta y Vichada), en 1995 tres casos (departamentos Meta y Guaviare) y en 1996 ocho casos, todos en hombres (departamentos Meta, Amazonia y Caquetá).

El dengue afecta a todos los grupos de edad y en especial al de 15 a 44 años. Desde 1989 se han venido diagnosticando fiebre hemorrágica del dengue y síndrome de choque del dengue. La cantidad de casos se ha incrementado, registrándose 302 en 1993, 508 en 1994, 1.028 en 1995, 1.757 en 1996 y 1.702 hasta la semana 25 de 1997. Hasta esa fecha, no se ha aislado el serotipo D3. Los departamentos más afectados han sido Santander, Tolima, Valle, Norte de Santander, Meta y Huila.

En 1995 se registraron los niveles de lluvias más altos de los últimos años en la costa del Atlántico, lo que se asoció con un incremento de la población de mosquitos *Aedes taeniorhynchus* y *Psorophora confinnis*, vectores implicados en el brote de encefalitis equina venezolana que afectó a alrededor de 75.000 habitantes de los municipios de Riohacha, Maicao, Uribe y Manaure, del departamento de la Guajira, con un alto porcentaje de población de la etnia wayú.

El aumento de estas enfermedades en los últimos años, si bien en parte se explica por los cambios atmosféricos que han favorecido la reproducción de vectores, también tiene que ver con la descentralización y caída de los programas verticales de control de vectores, en el marco de la reforma del sector salud.

Enfermedades inmunoprevenibles. En el grupo de menores de 5 años las enfermedades inmunoprevenibles disminuyeron en el período 1990–1994, como lo muestra el hecho de que no se hayan presentado casos de poliomielitis desde 1991. En 1994, el Comité Nacional para la certificación de la erradicación de la poliomielitis señaló que “se ha alcanzado la interrupción de la circulación del poliovirus

salvaje en Colombia y la vigilancia epidemiológica se ha desarrollado en una forma progresiva hasta obtener un nivel promedio adecuado, en la mayoría de las unidades geopolíticas del país". La cobertura de vacunación para 1995 alcanzó 92%, y las unidades de notificación pasaron de 868 en 1993 a 1930 en 1996.

En 1991 se denunciaron 11.127 casos de sarampión, y en 1994, 1.816, de los cuales solo 254 fueron confirmados en el laboratorio, mientras que en 1996 se denunciaron 1.070, de los cuales solo 4 fueron confirmados en el laboratorio. En 1993 Colombia asumió el compromiso de eliminar el sarampión y en 1995 introdujo el uso de la vacuna trivalente viral. La cobertura, en todos estos años, se ha mantenido por encima de 90%.

En 1989 se puso en marcha el Plan de Eliminación del Tétanos Neonatal, que logró reducir los casos en 85% (de 171 casos en 1989 a 26 en 1996). En 1994 se inició la estrategia de focalización y se identificaron 150 municipios como zona de riesgo o en fase de ataque. Estos municipios eran por lo general rurales y de difícil acceso, o localidades urbanas con gran cantidad de población marginal. En ellos se alcanzaron entre 1993 y 1995 coberturas de 29% (en municipios pequeños con menos de 1.000 nacimientos al año) y de 75% (en ciudades con más de 3.000 nacimientos al año). Los factores de riesgo predominantes para la ocurrencia de tétanos neonatal continúan siendo el antecedente vacunal negativo de la madre, la atención domiciliaria del parto y la pobreza de la población.

Cólera. El cólera se ha presentado en forma de brotes o casos aislados asociados a las precarias condiciones de vida de la población que habita la zona costera del Atlántico y del Pacífico y la región ribereña de los dos grandes ríos que cruzan el país de sur a norte, el Magdalena y el Cauca. En 1995 se notificaron 1.989 casos y en 1996, 4.428. La mayoría ocurrieron en la costa del Atlántico. La etnia wayúú fue la más afectada (31% del total).

Enfermedades crónicas transmisibles. La tuberculosis, que presentaba una tendencia ascendente desde 1993, llegó a tasas de 28 por 100.000 habitantes en 1995. Las formas extrapulmonares representaron 10,1% del total, y los departamentos de la Guajira, Atlántico, Quindío, Arauca, Vichada, Putumayo, Amazonas, Vaupés y Guaviare, con tasas por encima de 50 por 1.000 habitantes, se consideran de muy alto riesgo. En la mayoría de estos departamentos vive una alta proporción de población indígena.

Rabia y otras zoonosis. La rabia humana presentó una tendencia descendente en el período 1992-1994 (7, 5 y 3 casos en cada uno de estos años). En 1995 se presentaron

8 casos; hasta este año los casos habían sido transmitidos por perros. Los 3 casos ocurridos en 1996 fueron transmitidos por quirópteros hematófagos. Desde 1994, los casos se han presentado exclusivamente en las zonas rurales del país.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas siguen siendo el principal problema de salud de los menores de 5 años. En 1994 representaron el 23,1% del total de las consultas externas.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El programa de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual/sida registró 933 casos de sida en 1992 y 1.042 en 1996, con un total acumulado de 7.776 casos diagnosticados y una mortalidad acumulada de 41,5% (3.226 casos). El 85% del total de casos diagnosticados ha sido en hombres y 40,5% de estos ocurrieron en el grupo de 25 a 34 años. El 2,1% de los casos afectó a la población menor de 15 años. El 44,0% de los casos de transmisión sexual se produjo en heterosexuales y el 27,4% en homosexuales. El mayor porcentaje de diagnósticos se realizó en Santa Fe de Bogotá (46,4%) y en el departamento de Antioquia (15%).

Otras enfermedades de transmisión sexual. Es de destacar el aumento en el diagnóstico de sífilis congénita de 322 casos en 1990 a 406 en 1995, gracias al Programa de Vigilancia y Control de la Sífilis Congénita puesto en marcha por el Ministerio de Salud; sin embargo, se suspendió la vigilancia de ETS en las trabajadoras sexuales, lo que ha producido un descenso de 51,6% del diagnóstico de infección gonocócica, que pasó de 39.089 casos en 1990 a 18.915 en 1995. En contraste, los diagnósticos de herpes genital aumentaron 99,3% en estos mismos años, al pasar de 2.231 a 4.446 casos.

Enfermedades emergentes y reemergentes. La prevalencia de HBsAg para hepatitis B en los bancos de sangre presentó un comportamiento estable, con valores de 0,73% para 1992, 0,87% para 1993 y 0,87% para 1994. Estudios realizados en la década pasada encontraron una prevalencia global de portadores de HBsAg cercana a 5%, con transmisión intradomiciliaria y predominio en la población indígena. En 1993 se puso en marcha el plan de control de la hepatitis B, con la vacunación a la población menor de 5 años en las zonas endémicas y a los trabajadores de salud. A partir de 1994 la vacuna contra la hepatitis B se incluyó en el esquema regular de vacunación, aplicándose a todos los menores de 1 año en todo el país, con lo que la cobertura en este grupo de edad pasó de 36% en 1994 a 73% en 1995 y a 94% en 1996.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades cardiovasculares. Estas enfermedades constituyen la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, y la primera en el grupo de 45 a 64 años de edad. En 1994, 44% del total de muertes atribuidas a ellas se debieron a enfermedades isquémicas del corazón, 93% de estas ocurrieron en personas de 45 años y más, y 56% en hombres. Las enfermedades cerebrovasculares representaron 28% del total de muertes por afecciones cardiovasculares, 91% ocurrieron en el grupo de 45 y más años y 54% en mujeres. La hipertensión arterial constituye el factor de riesgo más importante en relación con las enfermedades cardiovasculares. Según el estudio nacional de salud de 1987, la prevalencia nacional de hipertensión arterial fue de 11,6% para la población mayor de 15 años. Sin embargo, el estudio realizado en la población de Quibdó en 1995 mostró una prevalencia total de 35% en las personas mayores de 18 años y de 39% en la población colombiana de origen africano, porcentajes significativamente mayores que los observados en el resto de la población (21%). La prevalencia presentó variaciones con la edad, al pasar de 10% en los jóvenes a 50% en las personas de 49 años y más. No se observaron diferencias según el sexo. Solo 16% de las personas encuestadas comunicaron realizar algún ejercicio en su tiempo libre; la somatometría permitió identificar que 50% tenían por lo menos 10% de exceso de peso. La comparación de medias de índice de masa corporal (IMC) mostró que las personas hipertensas eran más obesas que las no hipertensas ($p < 0,0001$).

Tumores malignos. Los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte en el grupo de 45 y más años y en las mujeres. La diferencia según el sexo radica en el orden de los tipos de cáncer. En 1994, el cáncer de estómago fue el más frecuente tanto en hombres (20,5% del total) como en mujeres (14,0% del total). El segundo lugar para los varones lo ocupa el cáncer de pulmón (13,4%), seguido por el de próstata (12,1%) y del sistema linfático y hemático (10,3% del total) y para las mujeres, el cáncer de cuello del útero (11,1%) seguido por el de mama (9,9%) y pulmón (7,0%).

Según los registros correspondientes a los años 1989–1993 del Instituto Nacional de Cancerología (INC), que es el centro de referencia nacional, alrededor de 70% de los diagnósticos se efectuaban en estados avanzados III y IV. En el caso del cáncer de cuello del útero, los estadios superiores a II representaron 80,9% de los casos y en el del cáncer de mama los estadios III y IV representaron 80,6% de los casos. Aproximadamente 60% de las pacientes atendidas en el INC provienen de Bogotá y Cundinamarca.

Dentro de los factores de riesgo conocidos para el cáncer de pulmón se destaca especialmente el consumo de tabaco. La

Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud realizada por el Instituto de Seguros Sociales en 1994 mostró que 33% de la población colombiana adulta había fumado alguna vez y 21,4% eran fumadores actuales (29% en el caso de los varones y 14% en el de las mujeres). De los fumadores actuales, 84% eran consumidores diarios, con un promedio de 8,5 cigarrillos por día. El tabaquismo aumenta con la edad hasta los 40 años, cuando comienza a disminuir. Los varones comienzan a fumar a los 17,3 años y las mujeres a los 18,2 años. Con respecto a los adolescentes encuestados (12–17 años), 19% había fumado alguna vez, 13% eran fumadores actuales con un promedio de 3,1 cigarrillos por día y la edad de inicio había sido de 15,1 años para los varones y de 13,8 para las mujeres. El patrón de consumo más alto se observó en las costas del Atlántico y del Pacífico y en el norte de Antioquia.

Enfermedades y deficiencias de la nutrición. Un indicador de las mejoras de salud en el grupo de menores de 5 años es la disminución de la desnutrición global, que pasó de 10,1% en 1986 a 8,4% en 1995. La región de la costa del Pacífico es la más afectada, con 17% de desnutrición global. La desnutrición crónica disminuyó de 16,6% a 15,0% en el mismo período; no obstante, es mayor en la zona rural que en la urbana (19% y 13% respectivamente). La disminución mencionada puede deberse, entre otros factores, al fomento de la práctica de la lactancia materna. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud encontró que 95% de los menores de 5 años habían recibido en promedio lactancia materna durante 14 meses (13 meses en la zona urbana y 10 meses en la rural) y 81,3% de los menores de 1 año habían recibido lactancia materna dentro del primer día de nacidos (82% en la zona urbana y 80,1% en la rural). El menor porcentaje (77,2%) se observó en la región del Pacífico, y el mayor (83,3%) en la región del Atlántico. A pesar de que existe buena cobertura de la práctica de la lactancia materna, la lactancia exclusiva al cuarto mes de vida es menor que 10% y llega a 15% si se suma a los niños que reciben leche humana y agua.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En el decenio de 1980 se puso en marcha un activo proceso de transformación institucional. La Ley 10 de Municipalización de la Salud, elaborada por el sector salud, impulsó una serie de cambios tendientes a fortalecer los entes territoriales del sector. Tomando en cuenta esta iniciativa, la nueva Carta Magna de 1991 incluye los ejes fundamentales que originaron la reforma del sistema de seguridad social. Este mandato se concretó en forma paulatina por medio de la Ley 60, que rige

lo relativo a las competencias y recursos de los diferentes entes territoriales, y culminó con la sanción de la Ley 100 de 1993, que creó el sistema general de seguridad social. En él se incluyen normas sobre el sistema general de pensiones, los riesgos profesionales, los servicios sociales complementarios y el sistema de seguridad social en salud.

La esencia de la reforma del sistema es la ampliación de la cobertura para las personas cubiertas por los regímenes contributivo y subsidiado, sobre la base de un esquema solidario de redistribución del ingreso que permita la universalización de los beneficios mediante la protección al asegurado, el cónyuge y los hijos menores, incluidos los padres y parientes hasta el tercer grado. Los elementos orientadores de la reforma son la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación social.

El proceso de reforma fue conducido inicialmente por el Ministerio de Trabajo, con el fin de modificar el esquema que se aplicaba en el país en lo referente a pensiones. En las discusiones técnicas se decidió incorporar cambios al sistema de prestación de servicios, que fueron ampliamente debatidos por todos los estamentos de la sociedad. El Ministerio de Salud contó con la colaboración de un grupo de expertos y contrató la realización de estudios especializados para consolidar la propuesta. Dada la gran cantidad de actores participantes, resulta difícil conocer el costo de elaboración de la propuesta. Se destaca la participación de los organismos internacionales y de los bancos de inversión en el financiamiento de algunas de las iniciativas emprendidas. Las Comisiones VII del Congreso y de la Cámara de Representantes, apoyadas por el Ministerio de Salud, tuvieron a su cargo la negociación de la propuesta.

El importante papel asignado a la promoción y la prevención en el nuevo sistema, el significativo incremento de los aportes financieros del Estado a la salud, la mayor eficiencia en el gasto derivada de los esquemas de competencia, la fuerte contribución de los grupos de mayores ingresos y la solidaridad inherente al sistema son factores que se espera influyan en lograr progresos importantes en lo referente a la calidad de la salud, la cobertura de servicios y la equidad.

En lo referente al grado de descentralización de los servicios de salud, hay 17 departamentos y 4 distritos descentralizados que manejan directamente más de US\$ 474.000 millones, lo que representa 70% del situado fiscal nacional, y hay 104 municipios certificados para el manejo autónomo del situado fiscal. Se han destinado \$2.567 millones a 26 hospitales, centros y puestos de salud, para fortalecer la atención a la población rural.

La reforma del sector enfrenta un importante problema referido a la accesibilidad de la población, especialmente de los más pobres y de los desempleados, a los recursos para la recuperación de su salud. Uno de los planes de beneficios que plantea la reforma es el POS-S, diseñado fundamentalmente

para responder a las necesidades de la población más pobre y vulnerable. El POS-S contiene acciones individuales, familiares y colectivas, de las cuales seis corresponden al plan básico y una a las enfermedades de alto costo, objeto de reaseguramiento. En el Plan de Atención Básica, la totalidad de las acciones son de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y se orientan hacia la comunidad. Es un plan territorial gratuito y obligatorio y de responsabilidad del Estado.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

Para su puesta en práctica, el sistema general de seguridad social en salud estableció importantes cambios administrativos y funcionales en el sector. El nuevo sistema fortalece los mecanismos de solidaridad mediante el acceso de todos los colombianos a un plan de protección integral de la salud que tiene previsto alcanzar en el año 2001 la meta definitiva de salud para todos. La cobertura universal e integral es un objetivo que se deberá lograr en forma gradual, ampliando los beneficios y aumentando los beneficiarios. El nuevo sistema se basa en una organización mixta constituida por dos regímenes, el contributivo y el subsidiado. Para su operación, el sistema establece cuatro pilares fundamentales:

- El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en la órbita del Ministerio de Salud, que tiene una constitución colegiada y representativa de los principales actores y gestores del sistema. Su responsabilidad es normar, regular, controlar y dirigir el sistema. Para cumplir con sus funciones en el nivel territorial, el Ministerio de Salud cuenta con los Servicios Seccionales de Salud (uno por departamento).
- El Fondo de Solidaridad y Garantía, encargado del financiamiento del sistema. Está constituido por cuatro subcuentas: de compensación, de solidaridad, de promoción y catastróficas. La ley indica que todas las personas con ingresos superiores a dos salarios mínimos deben aportar al régimen contributivo, mientras que los pobres, desempleados o campesinos se encuentran enmarcados en el régimen subsidiado.
- Las empresas promotoras de salud, que constituyen los núcleos organizativos fundamentales del sistema. Ellas realizan la movilización básica de los recursos financieros, la promoción de la salud y la organización de la prestación de los servicios médicos. Asimismo, estas entidades tienen como función conexas la administración de las incapacidades y de los servicios de salud por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y la organización de planes complementarios de salud. Pueden ser públicas, privadas, solidarias o mixtas y compiten por la afiliación de la población.

- Las instituciones prestadoras de servicios de salud, es decir, los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud, y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrezcan sus servicios a través de las empresas promotoras de salud.

Hasta junio de 1997 se contabilizaban 104 de los 142 hospitales de segundo y tercer nivel (87%) transformados en empresas sociales del Estado, 165 empresas solidarias de salud, 67 cajas de compensación familiar, y 30 empresas promotoras de salud.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

La Ley 100 reafirma la autonomía administrativa, técnica y financiera de los hospitales públicos sancionada en las leyes 10 de 1990 y 60 de 1993; para ello, establece la conversión de los hospitales públicos en empresas sociales del Estado, como categoría especial de entidad pública descentralizada, con el régimen de personal previsto en la Ley 10 y regida por el derecho privado en materia contractual. La Ley incluye dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que, ejecutadas por el Gobierno local, deberán llegar en forma gratuita al conjunto de la comunidad y responder a las necesidades expresadas por ella. Todos los inscritos en el sistema tienen derecho a recibir un Plan de Atención Básica (PAB) que incluye servicios de urgencias, hospitalización, consultas y medicamentos.

La Ley 100 se sigue reglamentando, en especial en lo que se refiere al aumento de la cobertura, los paquetes básicos, la promoción y prevención, y el financiamiento. En esto ha participado en forma activa la Superintendencia Nacional de Salud. Dada la complejidad del modelo, ha sido necesario ajustar la normalización tanto de la propia Ley 100 como de esta con otras leyes de importante significación para el sector, como la 10 y la 60. Esta situación ha impedido que el sector salud genere iniciativas que le permitan incorporarse a los procesos de integración regional en el sector salud.

Los marcos legales siguen siendo supervisados y evaluados por las diferentes instancias que en el nivel nacional cumplen con dicho fin, como las Comisiones VII del Senado y de la Cámara de Representantes. Estos entes legislativos representan al país en el Parlamento Andino y en otros foros legislativos de carácter internacional.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Alimentos. En el campo de los alimentos, se elaboró el Plan de Alimentación y Nutrición, que contempla acciones de regu-

lación sanitaria. Entre ellas se cuentan el Proyecto de Modernización de la Legislación Sanitaria, la implantación del sistema de aplicación de las técnicas de análisis de riesgos y puntos críticos de control, el Programa de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles por los Alimentos, el fortalecimiento de la red de laboratorios, la actualización de la tabla de composición de los alimentos, la inocuidad alimentaria y los programas de prevención y control de las deficiencias de micronutrientes, especialmente vitamina A, hierro y yodo.

Promoción de la salud. En lo que se refiere a la promoción de la salud, cabe destacar que el 1 de octubre de 1996 el presidente de la República apoyó la estrategia de Municipios Saludables por la Paz. En esta ocasión, invitó a los alcaldes, gobernadores, concejos y demás autoridades, a la comunidad, al sector privado y a otras organizaciones a desplegar toda su capacidad creativa para que cada municipio colombiano promueva el desarrollo humano sostenible, conserve y proteja el ambiente, facilite la atención oportuna de la gente en los servicios de salud y garantice la calidad de la atención. Se pretende así reducir las inequidades en salud y construir con la participación de la comunidad la Agenda de Desarrollo, Salud y Bienestar Local.

Ambiente y saneamiento. Las acciones de promoción de la salud se enmarcan en el Plan de Atención Básica y son de competencia fundamentalmente del nivel municipal. En este marco, el Plan de Ambiente y Saneamiento busca alcanzar para 1988 una cobertura de 90% en acueductos y 77% en alcantarillado, beneficiando adicionalmente a 6,1 millones de habitantes con agua potable y a 6,2 millones con cisternas de disposición de agua residual.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Según datos estadísticos del Ministerio de Salud, la red de servicios del sector público está constituida por 3.340 puestos sanitarios, 904 centros de salud, 128 centros de salud con camas y 555 hospitales. Del total de hospitales, 397 son del primer nivel, 126 del segundo nivel y 32 del tercer nivel. El sector privado posee 340 clínicas.

En el régimen contributivo, las 10 empresas promotoras de salud públicas, las 20 privadas y las mixtas autorizadas poseen una capacidad total de aseguramiento de 21,6 millones de personas. La cobertura lograda hasta diciembre de 1996 era de 13,9 millones de colombianos, de los cuales 66,9%, es decir 9,3 millones de personas según el último informe oficial de junio de 1996, pertenecían al Instituto de Seguros Sociales y 33,1 a las restantes empresas promotoras de salud. En la administración del régimen subsidiado existen actualmente 236

administradoras: 18 empresas promotoras de salud, 49 cajas de compensación familiar y 169 empresas solidarias de salud, que hasta diciembre de 1996 habían afiliado a 5,9 millones de personas, de las cuales 33,1% pertenecían a las empresas solidarias de salud, 53,2% a las empresas promotoras de salud y 13,7% a las cajas de compensación familiar.

Insumos para la salud

Medicamentos. Uno de los beneficios que ha producido la reforma se ha hecho sentir en el campo de los medicamentos. En 1995 se creó el Decreto 677, que establece el marco de referencia para todo lo relacionado con el uso y garantía de calidad de los productos farmacéuticos. En el mismo año se fundó el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). En el Ministerio de Salud se creó la subdirección de Servicios Farmacéuticos y Laboratorios encargada de fijar las políticas del sector y promover el desarrollo de los servicios de atención farmacéutica y uso racional de medicamentos.

El Listado de Medicamentos Esenciales del Plan de Salud Obligatorio (con cerca de 300 principios y 435 presentaciones) se convirtió en un importante elemento de racionalización del sistema, tanto desde el punto de vista terapéutico, al garantizar el uso del mejor medicamento para cada enfermedad, como administrativo, al manejar una cantidad razonable de temas a lo largo de toda la cadena de la atención farmacéutica. Este listado cambió sensiblemente la composición de la canasta farmacéutica del país, consolidando la producción, venta y prescripción de medicamentos esenciales y debilitando la participación de otros productos (sobre todo “novedosos”), de eficacia, seguridad y costos menos favorables.

En noviembre de 1995, dos años después de iniciada la reforma, en los hospitales públicos la prescripción de medicamentos esenciales llegaba a 70% de los medicamentos indicados y más de 60% de las prescripciones se realizaba por nombre genérico. En ese mismo año, Colombia adoptó las normas de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) de la Organización Mundial de la Salud. En su momento, los laboratorios farmacéuticos debieron presentar al INVIMA un programa de reconversión tecnológica que garantizaba, en un plazo no mayor de cuatro años, el ajuste de sus procesos productivos a las BPM. Los diferentes programas de control de calidad de los productos del mercado arrojan todavía niveles de rechazo cercanos a 4%.

Recursos humanos

Otro de los beneficios de la reforma ha sido la elaboración de un estudio y de un Plan Nacional de Desarrollo de los Re-

CUADRO 1
Recursos humanos del sector salud, según categoría ocupacional, Colombia, 1996.

Categoría ocupacional	Número	Razón por 10.000 habitantes
Medicina	35.640	9,4
Enfermería	16.560	4,4
Odontología	21.240	5,6
Bacteriología	10.800	2,9
Fisioterapia	3.744	1,0
Auxiliares de enfermería	41.760	11,0
Promotores de salud	8.699	2,3
Total	138.443	36,5

Fuente: Colombia, Ministerio de Salud, 1996.

curso Humanos en el sector. Los resultados del estudio realizado en 1994 revelan la distribución de los recursos humanos por categoría que se presenta en el Cuadro 1.

Sin embargo, a partir de la sanción de las leyes 30 y 115 de 1994 que autorizaron a las instituciones educativas a crear programas, hay una desordenada proliferación de establecimientos privados y de programas educativos del nivel técnico y auxiliar, con los que se pretende dar respuestas a las necesidades del sector. Algunos de los programas nuevos, en especial los de carácter tecnológico y no formal, tienen un diseño curricular poco claro y se han creado sin que concomitantemente haya habido una reglamentación del ejercicio de esos nuevos trabajadores.

Por otro lado, el Ministerio de Salud tiene una programación de actividades de capacitación en algunas esferas temáticas correspondientes a los grandes programas asistenciales. Un estudio realizado en 1995 por el Programa Ampliado de Libros de Texto (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud reveló que en general no se realiza un diagnóstico previo de las necesidades de capacitación ni una evaluación de su impacto. Esto llevó a la formulación de un Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en 1996, destinado a corregir su crecimiento errático, la falta de derroteros claramente definidos y una gama de problemas que pueden agruparse en tres grandes rubros:

- Desequilibrio entre la oferta de las diferentes categorías ocupacionales y la demanda de sus servicios, determinada por la ausencia de una política de planeación de los recursos humanos y, en parte, por insuficiencia y escasa confiabilidad de la información.
- Inconsistencia entre los perfiles socioeconómicos y epidemiológicos y los perfiles ocupacionales e incongruencia entre lo anterior y los objetivos, contenidos, estrategias y métodos pedagógicos.

- Reconocimiento escaso de la importancia de la gestión del recurso humano sobre la productividad y calidad de la atención, en aspectos tan críticos como la vinculación con el empleo, la motivación, las condiciones de trabajo, la evaluación del desempeño, la educación continua y la supervisión formadora.

El Consejo Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, creado en 1977, está formado por representantes de los Ministerios de Educación, Salud y Trabajo, y cuenta con dos instancias operativas, el Comité Ejecutivo Nacional y los Comités Departamentales, encargados de proponer políticas sobre la formación, educación continua y dinámica de los círculos del recurso humano en salud, así como de su distribución. Este Consejo ha regulado hasta fines de 1996 la formación de las siguientes categorías: promotor de salud, auxiliar de salud familiar y comunitaria, auxiliar de salud oral en consultorio odontológico, auxiliar de enfermería, auxiliar de salud oral en higiene oral, auxiliar de laboratorio clínico, auxiliar de administración, auxiliar de información (estadístico en salud), promotor de atención al ambiente, auxiliar de droguería y auxiliar de salud oral en mecánica dental.

Gasto y financiamiento sectorial

De acuerdo con la Ley 60 sancionada en 1993, las fuentes de financiación del régimen subsidiado son: 15% de la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación, situado fiscal (remesas) a los departamentos, rentas de la Nación cedidas a los departamentos, recursos de ECOSALUD (impuesto a los juegos), aportes voluntarios de municipios y departamentos, participación en las regalías de los nuevos pozos petroleros, aportes de las cajas de compensación, IVA social, impuesto a las armas y municiones, y copagos y cuotas moderadoras de los afiliados y sus familiares. Si se agregan los aportes del sector privado al régimen contributivo de aseguramiento, la participación de la salud en el producto interno bruto (PIB), sin contar el gasto privado de los hogares, pasó de 2,07% en 1990 a 3,18% en 1994 y a 4,71% en 1996.

Dos subcuentas más se han incorporado al sistema de seguridad social, la del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, que recibe los aportes de todos los dueños de automotores del país y cuyos recursos se destinan a la red de urgencias y a la atención de víctimas de accidentes provocados por vehículos desconocidos, y la de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, que se nutre de los aportes patronales derivados del nivel de riesgo de la actividad de sus trabajadores.

En 1996, las instituciones de salud continuaban recibiendo en concepto de subsidio a la oferta una suma al menos similar a la de años anteriores. Estos ingresos per cápita, calcula-

dos sobre la base de la población todavía no afiliada al aseguramiento, son considerablemente inferiores al valor de la unidad de pago por capitación (UPC). Su determinación se basó en un análisis detallado de los ingresos de las familias y de su evolución a lo largo del tiempo. Estos ingresos constituyen la fuente potencial de cotización al sistema de salud. Finalmente, se realizó un estudio sobre la dinámica de la UPC durante toda la década y se estableció su composición por grupos específicos de prestaciones y su estructura por grupos de edad y localización. Quizás el mayor desafío para el equilibrio financiero del sistema sea el control de la evasión, ya que al ser las empresas promotoras de salud las que realizan las funciones de afiliación y las que deben, al mismo tiempo, luchar por aumentar su número de afiliados, no tienen interés alguno en controlar la subcotización de los afiliados de mayores recursos, quienes, en consecuencia, tenderán a declarar ingresos inferiores a los reales.

El gasto privado de los hogares en salud se calculó en 1993 en 3% del PIB, con lo cual para ese año podría afirmarse que los colombianos destinaban a la salud algo más de 6% del PIB. Del gasto privado de los hogares es importante resaltar que aproximadamente 40% corresponde a medicamentos, 14% a consultas externas, 20% a hospitalización, 5% a exámenes de diagnóstico y 20% a otros conceptos. Puesto que los medicamentos esenciales están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y deben ser manejados por su nombre genérico, el mercado particular ha cedido importancia al mercado institucional de las Empresas Promotoras de Salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con lo que los precios unitarios negociados han descendido en forma significativa. Las cooperativas de hospitales, que agrupan a alrededor de 80% de los hospitales públicos, han mostrado gran eficacia y eficiencia en el montaje del sistema de suministros esenciales para el sistema público hospitalario, con niveles promedios de descuentos de 79% en medicamentos y un control estricto de la calidad de los productos. El conjunto del gasto social del Estado como porcentaje del PIB aumentó de 8,59% en 1990, a 10,65% en 1992 y a 15,67% en 1996.

Cooperación técnica y financiera externa

La cooperación técnica y financiera no reembolsable que recibió Colombia en el período 1990–1995 de fuentes multilaterales y bilaterales para todos los sectores fue relativamente inestable, ya que creció de US\$ 88 millones en 1990 a \$180 millones en 1993 y retomó un curso más moderado entre 1994 y 1995, con cifras de \$70 millones y \$80 millones, respectivamente. En este período, la mayor proporción de recursos la recibió el sector agropecuario (27%) para proyectos de cooperación para erradicación de cultivos ilícitos; le siguieron en importancia el sector de protección al medio ambiente

(18%), los sectores salud y saneamiento básico, educación, cultura y deportes (12%), ciencia y tecnología (11%), industria (9%), justicia (6%) y modernización del Estado (5%).

La situación financiera por la que atraviesan algunos organismos de cooperación, y en particular las agencias especializadas y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, y el hecho de que Colombia haya alcanzado niveles relativos de desarrollo económico y social que permiten que sea clasificada como país de desarrollo medio, son factores que inciden en la prioridad que los donantes asignan para proveer cooperación financiera no reembolsable, lo que se tradujo en menores aportes.

Del total de la cooperación técnica y financiera no reembolsable que recibió el país en 1995, que ascendió a US\$ 80,9 millones, 56,6% provino de fuentes multilaterales; se destacan, en cuanto al monto de sus recursos, el Programa Mundial de Alimentos (44,6%), la Unión Europea (21,2%) y el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de la Droga (16,3%). Las fuentes bilaterales aportaron el 43% restante de la cooperación registrada: Alemania 19,6%, España 12,47%, Canadá 4,98%, y otros países 6,35%.

A partir de 1995, y acorde con las prioridades del Plan Nacional de Desarrollo, las áreas correspondientes a los programas sociales recibieron 47% del total de la cooperación que ingresó al país en ese año, le siguieron en importancia el sec-

tor agrícola con 16%, la protección ambiental con 15% y los programas de desarrollo institucional para el proceso de descentralización, con 9% del total de los aportes recibidos. En cuanto a los programas zonales, los aportes de cooperación se destinaron en orden de importancia al sector educación (24,3%), las etnias (24,2%), los programas y proyectos del Plan de Desarrollo Alternativo (15,9%) y la atención de la niñez (11,90%). Paralelamente, Colombia ha recibido y aportado colaboración técnica para los sectores de salud, turismo, ciencia y tecnología, agropecuario, desarrollo institucional y gestión de la cooperación técnica internacional.

Desde fines de 1994 el Gobierno Nacional ha otorgado una valoración progresiva a la cooperación internacional, en la medida en que la considera un recurso importante que contribuye al desarrollo económico y social planteado entre los objetivos del Plan de Desarrollo. En marzo de 1995, difundió un documento rector de políticas sobre cooperación internacional, que ordena el manejo institucional para la coordinación de la demanda de dicha colaboración y establece prioridades temáticas para la ayuda que reciba el país de las diferentes fuentes de cooperación. Se definieron como campos de interés el desarrollo social y la eliminación de la pobreza y el desarrollo ambiental sostenible orientando su convergencia con las actividades de las áreas de desarrollo territorial y modernización del Estado.

COSTA RICA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Costa Rica tiene una superficie de 51.100 km² y una población de 3,36 millones de habitantes (1995). Administrativamente está dividida en 7 provincias y 81 cantones y, a efectos de planificación, en 9 regiones. El país ha tenido un crecimiento económico sostenido, estabilidad del sistema político y un período de 49 años sin ejército, y ha logrado así avances significativos en el plano social.

La crisis económica de los años ochenta obligó a reformular el modelo de desarrollo, que en la presente década se enfocó al estímulo de las exportaciones, la actividad turística y la modernización de las instituciones del Estado. En 1994 el producto interno bruto (PIB) fue de US\$ 2.150 por habitante y creció 4,7% en 1995. La deuda pública externa a finales de 1995 ascendía a US\$ 3.255 millones. El servicio de la deuda como porcentaje del PIB disminuyó ligeramente respecto al decenio anterior. En 1995 la deuda externa fue equivalente a 37,5% del PIB, muy por debajo del promedio del último decenio, 67%, lo que reduce la vulnerabilidad de la economía frente al endeudamiento exterior.

La deuda interna del país se duplicó en el período 1992–1995, hasta 38,5% del PIB en 1995. La deuda interna equivalía a 40% de la deuda externa en 1992 y a 82% en 1995. Esta situación ha generado cambios en el funcionamiento del Estado y ha estimulado la reducción del gasto público. El déficit fiscal, 7% del PIB en 1994, fue solo 5% del PIB en 1995. A pesar de estas políticas, se observó un incremento en la inversión social por parte del Estado en las áreas de educación, salud y asistencia social, con valores que oscilaron entre 4,5% y 8%.

Se estima que 14,7% de los hogares se hallaban en 1995 en condiciones de pobreza material, sin ingresos suficientes para cubrir el costo de la canasta básica, alimentaria y no alimentaria. En 1989 esa proporción fue 21,9%. Aproximadamente 80% de los hogares pobres se hallan en la zona rural. Las re-

giones Brunca y Chorotega son las más pobres, con 36% y 33% de pobreza, respectivamente. El Estado tiene un plan nacional de lucha contra la pobreza y mecanismos de protección para los pobres (acceso a bienes y servicios, subsidios, vivienda, etc.), habiendo identificado 16 áreas de extrema pobreza, a las que se presta atención prioritaria.

La población económicamente activa (PEA) en 1995 fue de 1,22 millones de personas, de las que 3,8% no tenían instrucción y 13,7% tenían educación universitaria. Las mujeres constituyen 30% de la PEA y los jóvenes de 12 a 19 años 13%; en la población de 5 a 17 años 13% trabajan y 34% de este grupo no recibe remuneración alguna por su trabajo. El desempleo abierto llegó a 5,2% en 1995 y afecta con más fuerza a los niveles educativos más bajos, a los jóvenes y a los mayores. Entre los pobres llega a 10,9% y a 12,5% entre la población en pobreza extrema; 36% del desempleo abierto corresponde a mujeres. Según los resultados de la encuesta de hogares de 1995, el quintil (20%) de familias más pobres recibe 5,5% del ingreso total, mientras que el quintil de familias más ricas percibe alrededor de 49,1% del ingreso.

La economía costarricense ha sido siempre dependiente del uso de recursos naturales. Durante los años ochenta, se perdió anualmente alrededor de 1,5% del PIB como resultado de la destrucción de bosques, la erosión y la explotación insostenible del golfo de Nicoya. No había una política clara de manejo de los recursos naturales. Costa Rica dispone de alrededor de 6% de la biodiversidad del mundo y 25% de su superficie son áreas protegidas. Actualmente cuenta con una estrategia de conservación para el desarrollo sostenible, para enfrentar sus serios problemas ambientales: la contaminación de las aguas y del aire, principalmente en el área metropolitana de San José; los vertidos de residuos sólidos, y la erosión y la destrucción de la reserva boscosa (que cubría 56% del país en 1960 y solo 32% en 1990). Costa Rica es el país centroamericano con mayor consumo de plaguicidas en la última década, alrededor de 4 kg por habitante y por año, lo que representa de 6 a 10 veces el promedio mundial.

En 1991 la disponibilidad alimentaria energética a nivel nacional fue de 2.261 kilocalorías por persona, mayor en el área rural (2.355 kcal) que en la urbana (2.170 kcal); 56% del total energético proviene de arroz, grasas, aceites y azúcares. El arroz y los frijoles, base de la alimentación costarricense, aportan 30% de la energía y 34% de las proteínas consumidas.

A fines de 1995, 99,6% de la población contaba con agua de consumo humano, 95,7% con sistema de alcantarillado o eliminación sanitaria de excretas, y 93% con electricidad (83% de origen hidráulico).

La educación es gratuita y obligatoria durante nueve años y la tasa de analfabetismo es de 7%. En 1994 el analfabetismo en los mayores de 13 años se estimó en 8,8% en la zona rural y en 3,6% en la urbana. Las tasas de escolaridad son muy elevadas y la deserción en los ciclos I y II fue de 4,2% en 1994 y de 5% en 1995, esta última la más alta en décadas recientes. La deserción en la educación media también aumentó en 1995 (16,1%), en relación con 1994 (14,6%), triplicando la deserción en primaria. En 1994, las escuelas públicas de áreas urbanomarginales presentaron una deserción escolar ocho veces mayor que el promedio nacional.

El déficit de viviendas constituye un problema social y en 1994 se estimó en 160.000 unidades. Se consideran "buenas" 75% de las viviendas urbanas y 60% de las rurales; 91% de las viviendas urbanas tienen servicios básicos, frente a 81% de las rurales.

El último censo nacional se realizó en 1984. Según las estimaciones de la Dirección General de Estadística y Censos, la densidad de población en 1995 fue de 65,8 habitantes por km². La tasa de crecimiento anual pasó de 3,0% en 1992 a 2,2% en 1995. Algo más de la tercera parte de la población (34,4%) son menores de 15 años y 4,7% mayores de 65. Las mujeres constituyen 49% de la población y 56,3% de los habitantes viven en zonas rurales.

La inmigración internacional registrada en 1996 fue algo inferior a un cuarto de millón de personas, 66% procedentes de otros países centroamericanos y 51% de Nicaragua. El número de inmigrantes indocumentados, temporales o permanentes es de difícil cuantificación. Esos inmigrantes no siempre acceden a los beneficios sociales disponibles para los nacionales, siendo sus condiciones de vida usualmente inferiores a las del resto de población.

La esperanza de vida al nacer, de 75,2 años en el período 1990–1995, se estima en 75,6 años para el período 1995–2000 (78,1 en mujeres, 73,3 en varones). La tasa global de fecundidad fue de 3,3 hijos por mujer entre 1985 y 1990 y de 3,1 en 1990–1995. La tasa bruta de natalidad fue de 25,4 por 1.000 habitantes en 1992 y de 23,9 por 1.000 en 1995. Se han registrado alrededor de 80.000 nacimientos anuales en los años noventa, con una razón de masculinidad de 1,02.

Mortalidad

La tasa de mortalidad general en 1992 fue de 3,8 por 1.000 habitantes y, en 1995, de 4,2 por 1.000. De las 13.278 defunciones registradas en 1994, 62,9% ocurrieron en personas de 60 y más años y de estas, 57,2% en varones. Las causas de muerte no han sufrido cambios considerables en años recientes. Las cinco principales corresponden a enfermedades crónicas y lesiones no intencionales ("accidentes"). Solo 2,1% de las muertes fueron por causas mal definidas.

La principal causa de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, con una tasa de 10,5 por 10.000 habitantes en 1990, de 12,6 en 1994 y 12,4 en 1995. La enfermedad isquémica del corazón fue responsable de 47,2% de esas muertes. La segunda causa de muerte fueron los tumores, con una tasa de 7,5 por 10.000 en 1990, 8,1 en 1994 y 8,4 en 1995. En 1994 el cáncer gástrico ocupaba el primer lugar en ambos sexos, siendo el de próstata el segundo en varones y los de mama y cuello uterino, segundo y tercero en mujeres. Las causas externas ocuparon el tercer lugar como causa de mortalidad, con tasas respectivas de 4,4, 4,9 y 5,0 por 10.000 en 1990, 1994 y 1995. Este grupo de causas es el que genera más años potenciales de vida perdidos (APVP), con 21,8% del total de APVP en 1994. Las enfermedades del aparato respiratorio ocuparon en 1995 el cuarto lugar como causa de muerte, con una tasa de 4,6 por 10.000. El quinto correspondió a las enfermedades del aparato digestivo, con una tasa de 2,7 por 10.000.

La tasa de mortalidad infantil fue 15,3 por 1.000 nacidos vivos en 1990 y 13,0 por 1.000 en 1994. En siete cantones la mortalidad infantil excedió de 20 por 1.000 y ocho tuvieron una tasa de 15 a 20 por 1.000. En 1994, 69% de las muertes de menores de 1 año (8,9 por 1.000) ocurrieron en el período neonatal. Las afecciones originadas en el período perinatal son la principal causa de la mortalidad infantil, con una tasa de 6,4 por 1.000, seguidas por las anomalías congénitas, con 3,6 por 1.000.

La mortalidad materna fue baja, variando entre el 15 y 39 por 100.000 nacidos vivos entre 1990 y 1994. Entre sus causas ocupó el primer lugar la eclampsia.

Morbilidad

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) realiza regularmente una encuesta de causas de consulta externa. La última fue en 1992, año en el que hubo 6,13 millones de consultas con un promedio anual de 1,94 consultas por habitante; 64,6% de las consultas fueron de mujeres. Las enfermedades respiratorias ocuparon el primer lugar como causa de consulta, seguidas de las enfermedades hipertensivas. En el grupo de 20 a 44 años la causa principal fueron las enfermedades respiratorias, seguidas de los trastornos dorsales en va-

rones y las enfermedades ginecológicas en mujeres. En mujeres las consultas de control (sin dolencia manifiesta) fueron dos veces más frecuentes que en varones.

En los servicios de urgencias, según una muestra de tres hospitales, uno de ellos nacional, en 1995 las enfermedades respiratorias, los traumatismos, los partos y el asma fueron las causas más frecuentes de consulta.

La CCSS tuvo 297.941 egresos hospitalarios en 1994, de los que 68,4% fueron mujeres. La importancia de los motivos ginecoobstétricos como causa de egreso indica que en el grupo de 15 a 44 años 84% de los egresos fueron mujeres, mientras que en los menores de 15 años 57% de los egresos fueron varones y en los adultos mayores los egresos presentan proporciones similares en ambos sexos. La décima parte de los egresos son urgencias, que plantean alta presión sobre los servicios e implican una atención terminal al proceso patológico.

La cantidad de egresos se ha mantenido en general estable desde 1991. En 1994, los diagnósticos de egreso más frecuentes fueron los ginecoobstétricos, el trauma perineal, las infecciones intestinales, el asma y las hernias. En niños las principales causas fueron las infecciones intestinales agudas, el asma, la amigdalitis crónica y la apendicitis aguda. En adultos de 45 y más años predominan las hospitalizaciones por diabetes mellitus, hernia inguinal, hiperplasia prostática y cardiopatía isquémica.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño preescolar (menor de 5 años)

En 1995 se estimó una población de cerca de 400.000 menores de 5 años, 11,9% del total de población. Se registraron ese año 80.306 nacidos vivos y 1.064 defunciones de menores de 1 año, con una tasa de mortalidad infantil de 13,3 por 1.000 y una mortalidad neonatal de 8,5 por 1.000 nacidos vivos. Las afecciones generadas en el período perinatal fueron la principal causa de muerte de menores de 1 año, con una tasa de 6,5 por 1.000, seguidas por las anomalías congénitas, con 3,7 por 1.000, y las neumopatías, con 1,3 por 1.000. Las enfermedades infecciosas y parasitarias produjeron apenas 4,4% de la mortalidad infantil, con una tasa de 0,6 por 1.000.

En 1994 se registraron en la CCSS 25.772 egresos hospitalarios de menores de 1 año (8,7% del total de egresos) de los que los varones constituyeron 56,2%. Las principales causas de hospitalización consignadas al egreso fueron el alta del recién nacido sano, las ictericias, la infección intestinal y las infecciones respiratorias agudas. En 1992 en la CCSS se atendieron 242.641 consultas de menores de 1 año, 4% del total de

consultas de ese año; 15% de las consultas fueron para control, sin motivo patológico.

Las muertes registradas en el grupo de 1 a 4 años correspondieron en 1995 a 1,3% del total de defunciones, con una tasa de mortalidad de 5,9 por 10.000. Las anomalías congénitas fueron la principal causa de muerte en este grupo, seguidas de cerca por las enfermedades infecciosas y parasitarias y las enfermedades del aparato respiratorio.

La población de 1 a 4 años fue origen de 610.783 consultas, 10% del total, distribuidas casi por igual entre niños y niñas; 7% de las consultas fueron de control. Se registraron 16.801 egresos hospitalarios, 5,6% del total; 41% de estos egresos fueron niñas. En este grupo de edades las principales causas de hospitalización consignadas al egreso fueron la infección intestinal, el asma, la bronconeumonía y la hernia inguinal.

Según estudios nacionales, los menores de 5 años de las zonas urbanas presentan un promedio anual de tres episodios de infección respiratoria aguda, que en las zonas rurales asciende a un promedio de cinco a ocho.

La salud del niño en edad escolar y del adolescente

En 1995 la población de 5 a 9 años constituyó 11,7% del total, la de 10 a 14 años, 10,9%, y la de 15 a 19 años, 9,8%. El grupo de 5 a 14 años contribuyó a 1,6% de la mortalidad general del país y presentó la menor tasa específica de mortalidad, 3 por 10.000. Las principales causas de muerte fueron las externas: traumatismos y envenenamientos. Siguió los tumores y las enfermedades del sistema nervioso.

Se registraron 493.213 consultas de niños de 5 a 9 años, y las principales causas de consulta fueron los problemas respiratorios. Al grupo de 10 a 14 años correspondieron 292.737 consultas, 4,8% del total, y las principales causas de consulta fueron las infecciones agudas de las vías respiratorias altas, seguidas por los trastornos mentales en el sexo masculino y las dermatosis en el femenino; alrededor de 6% de las consultas en este grupo fueron consultas de control. En el grupo de 15 a 19 años se registraron 320.768 consultas, 5,2% del total, 75,4% en mujeres. Las principales causas de consulta de las adolescentes fueron las relacionadas con la menstruación, los trastornos agudos de las vías respiratorias altas, la gastroduodenitis y las complicaciones obstétricas; 15,7% de las consultas del sexo femenino fueron de control, sin trastorno patológico manifiesto. En los varones de este grupo las primeras causas de consulta fueron los trastornos agudos de las vías respiratorias superiores; 5,9% fueron consultas de control.

El grupo de 5 a 9 años contribuyó con 4,4% del total de egresos hospitalarios; 59,9% fueron de varones, entre los cuales el asma fue la principal causa de hospitalización, seguida por la enfermedad crónica de las amígdalas. Esta fue también la primera causa en las niñas, seguida por el asma.

Se registraron 9.176 egresos en la población de 10 a 14 años, 3,1% del total de egresos; 54,5% de los egresos en este grupo fueron varones, en los que las principales causas de internación fueron la apendicitis aguda, la enfermedad crónica de las amígdalas, las anomalías congénitas, la concusión y el asma. En las mujeres la principal causa de hospitalización fue también la apendicitis aguda (8,7% de los egresos) seguida del parto normal (5,5%), la enfermedad crónica de las amígdalas, el parto prematuro y el asma. El parto obstruido fue la séptima causa de hospitalización en este grupo; el aborto no especificado, la décima.

En la población de 15 a 19 años se registraron 25.184 egresos hospitalarios, 8,8% del total; 84,7% de estos egresos correspondieron a mujeres, en las que las causas más frecuentes de hospitalización fueron las ginecoobstétricas: parto normal (33%), prematuro (11%) o distócico (6%), aborto no especificado (5%) y otros (4%).

Los datos de mortalidad para el grupo de 15 a 19 años no se encuentran desglosados, por lo que se presentan en la descripción de la mortalidad de la población adulta.

La salud del adulto

En 1995 la población de 20 a 59 años se estimó en 1,64 millones, 48,8% del total. La de 60 años y más fue estimada en 233.000 personas, 6,9% del total, compuesta por 109.000 hombres y 124.000 mujeres.

La principal causa de muerte en el grupo de 15 a 34 años fueron las causas externas —lesiones traumáticas y envenenamientos—, seguidas por los tumores. En las mujeres la tercera causa fueron las enfermedades cardiovasculares y en los varones, los trastornos endocrinometabólicos e inmunitarios.

En el grupo de 35 a 49 años la principal causa de muerte en las mujeres fueron los tumores, seguidos por las enfermedades cardiovasculares y las causas externas. En los varones las causas externas ocuparon el primer lugar y las enfermedades cardiovasculares el segundo.

En el grupo de 50 a 69 años las principales causas de muerte en las mujeres fueron los tumores y las enfermedades cardiovasculares y de la sangre y los órganos hematopoyéticos. En los varones de 50 a 69 años las causas predominantes de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, las endocrinometabólicas, los trastornos inmunitarios y las causas externas.

En el grupo de 70 años y más la tasa de mortalidad fue de 644 por 10.000 en las mujeres y de 850 por 10.000 en los varones. Las principales causas de defunción en ambos sexos fueron las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades del aparato respiratorio.

En 1992 se registraron 3,27 millones de consultas de personas de 20 a 59 años, lo que supone 53% del total, con un promedio de 2 consultas por habitante.

En el grupo de 20 a 44 años, 73% de todas las consultas correspondieron a mujeres que acudieron a consultas de control 15,6% de las veces. Las principales causas de consulta fueron las enfermedades inflamatorias de útero, vagina y vulva, seguidas de las infecciones agudas de las vías respiratorias altas y las complicaciones obstétricas directas. En los varones de 20 a 44 años las consultas de control aportaron 4,7% del total y las principales causas de consulta fueron las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores y las dorsolumbopatías.

En el grupo de 45 a 59 años, siempre según datos de 1992, se atendieron unas 870.000 consultas, 14,2% del total, 69,8% en mujeres. La primera causa de consulta fue la hipertensión. La segunda fue la diabetes en las mujeres y las dorsolumbopatías en los varones; la tercera, los trastornos articulares en las mujeres y la diabetes en los varones. Alrededor de 4,5% del total fueron consultas de control, sin motivo patológico, siendo esta proporción algo mayor (4,9%) en el sexo femenino.

El grupo de 60 años y más generó 14,2% de todas las consultas externas de la CCSS (869.000). El promedio en este grupo fueron 3,7 consultas por habitante y año y 61,4% fueron consultas de mujeres. La hipertensión fue el primer motivo de consulta, seguida por la diabetes mellitus y los trastornos articulares.

Según los datos disponibles de egresos hospitalarios, 48,1% del total en 1994 fueron egresos de personas de 20 a 44 años. De los 143.000 egresos en este grupo, 83,9% fueron mujeres, en las que las 10 primeras causas de hospitalización tuvieron relación con la función reproductiva. El parto normal contribuyó con 21,5% de los egresos, el obstruido, con 8,0% y el prematuro, con 7,3%. En los varones las principales causas de hospitalización fueron la apendicitis aguda y la hernia inguinal, que en conjunto no llegan a aportar ni 10% del total de egresos, lo que da idea de la dispersión de las causas de hospitalización en este subgrupo.

En el grupo de 45 a 59 años se dieron 25.000 egresos, lo que supone 7,1 por cada 100 personas de este grupo y 8,3% del total de egresos; 59,3% fueron egresos de mujeres, en las que los trastornos menstruales fueron la primera causa de hospitalización (5,6%); la segunda fue la colelitiasis (4,9%) y la tercera, la diabetes mellitus (4,5%). En los varones, la diabetes mellitus, la hernia inguinal y la cardiopatía isquémica fueron las tres primeras causas de hospitalización en este grupo, contribuyendo respectivamente con 4,7%, 4,0% y 3,1% del total de egresos.

En el grupo de 60 años y más, la CCSS registró 38.410 egresos, 4,4 por cada 100 personas de este grupo y 12,9% del total. Poco más de la mitad (51%) fueron egresos de varones, en los que las principales causas de hospitalización fueron la hiperplasia prostática (7,2%), la cardiopatía isquémica (5,7%), las cataratas (4,6%) y la neumopatía obstructiva crónica (4,5%). En las mujeres las primeras causas de hospitalización fueron la diabetes mellitus (7,8%), las cataratas (5,6%), la neumopa-

tía obstructiva crónica (4,8%), la cardiopatía isquémica y la fractura del cuello del fémur (3,4%).

Según la encuesta de salud reproductiva de 1993, 75% de las mujeres que tienen relaciones sexuales utilizan métodos anticonceptivos: 28% utilizan métodos modernos; 21% han sido esterilizadas; 16% usan métodos de barrera y 10%, métodos tradicionales. En cuanto a las embarazadas, 75% empiezan el control prenatal durante el primer trimestre de gestación y 97% de los partos son hospitalarios, 56% atendidos por médicos y 41% por enfermeras.

La salud de los trabajadores

Se estima que la cobertura de servicios de salud ocupacional es baja, alrededor de 25% en asalariados y prácticamente cero en el sector informal, que probablemente representa 30% de la población ocupada. Los trabajadores agrícolas, sobre todo los de los sectores productores de banano, melón y arroz, están expuestos a riesgos altos derivados del uso de plaguicidas. En 1995 se registraron 978 casos de intoxicaciones agudas por plaguicidas. Su tendencia es creciente, aunque ello puede deberse en parte a la disminución del subregistro, que se estimó en 43% ese mismo año. Algunos estudios muestran que el riesgo de accidente de las trabajadoras agrícolas es 1,7 veces mayor que el de los trabajadores varones.

La salud de los indígenas

La población indígena representa 1% de la población del país y está distribuida en ocho pueblos (bruncas o borucas, cabécares, teribes o térrabas, bribris, huetares, malekus o guatusos, chorotegas y guaymíes) que integran un total de 35.850 personas. Talamanca, Buenos Aires y Guatuso, zonas de ubicación de estos pueblos, son cantones con elevadas tasas de mortalidad infantil, de natalidad y de mortalidad general en comparación con el promedio nacional, así como con importantes deficiencias de vivienda y servicios básicos, como agua potable y electricidad. En 1995 se tomaron medidas tendientes a disminuir la exclusión social de estos grupos y así se extendió el seguro social y se creó el Departamento de Educación Indígena y el Colegio Técnico en la comunidad de Amubri de Talamanca, de población mayoritariamente indígena.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Las enfermedades infecciosas y parasitarias causaron entre 2,4% y 2,7% del total de muertes registradas entre 1992 y

1995, con una tasa anual de mortalidad de 0,9 a 1,1 por 10.000 habitantes. No generan un volumen importante de servicios de consulta externa; solo figuran como causa importante de hospitalización en menores de 5 años las infecciones intestinales y respiratorias agudas. Sin embargo, en años recientes han resurgido varias enfermedades transmisibles.

Enfermedades transmitidas por vectores. Desde finales de los años ochenta, la malaria se recrudeció hasta llegar a registrarse 6.951 casos en 1992, con un índice parasitario anual (IPA) de 7,9 por 1.000 habitantes. Desde 1991 se observó el desplazamiento de la malaria desde la costa del Pacífico a la región norte y a la costa del Atlántico, coincidiendo con el desarrollo bananero, la deforestación y el desplazamiento migratorio de trabajadores temporales, factores que dificultan el seguimiento y el control de casos. El riesgo de contraer malaria en la región Huetar Atlántica es el triple que en el resto del país. En 1995 se registraron 4.515 casos y, en 1996, 5.480, con un IPA de 4,8 por 1.000. *Plasmodium vivax* fue el agente infeccioso en 99,9% de los casos hasta 1995. Las infecciones causadas por *Plasmodium falciparum* son casos importados (en 1996 se registraron 65 casos). En Costa Rica no se habían registrado muertes por malaria durante más de 20 años, pero en 1996 se registraron dos defunciones en casos por *P. falciparum*.

Desde 1992 se detectó el mosquito *Aedes aegypti* en localidades donde nunca había sido encontrado previamente, como las de la Meseta Central, a altitudes superiores a los 700 m sobre el nivel del mar, incluida el área metropolitana de San José. En 1994 se detectaron índices de infestación hasta de 32,2% en la región Central Sur. Los reservorios más frecuentes son las llantas y, en el verano, los recipientes para almacenar el agua.

A fines de 1993 hubo un brote súbito de dengue con 4.612 casos; en 1994 se notificaron 13.929 casos y, en 1995, 5.135, entre ellos el primer caso de dengue hemorrágico en la región Chorotega. En 1996 se registraron 2.309 casos y las 2 primeras defunciones por dengue. El serotipo circulante con el que se inició la epidemia fue el 1. Se detectaron dos casos con serotipos 2 y 4, que no volvieron a aislarse posteriormente. En 1995 se detectó el serotipo 3 en varias regiones del país; en 1996 su presencia se incrementó, coincidiendo con los casos mortales. La mayoría de los casos se presentaron en áreas de concentración poblacional, en el grupo de 20 a 40 años y en mujeres (42% de los casos en personas dedicadas a ocupaciones domésticas y 17% en estudiantes).

Enfermedades inmunoprevenibles. Una epidemia de sarampión que se inició a finales de 1990 en Guanacaste se extendió posteriormente al resto del país y no remitió hasta diciembre de 1993. En ese período se registraron 9.292 casos y 56 defunciones. Muchos casos correspondieron a adolescentes y adultos jóvenes; sin embargo, la tasa de incidencia y la

letalidad fueron mayores en los menores de 1 año. En 1994 se registraron 103 casos, sin defunciones, y en 1995 se notificaron 250 casos de los cuales 86% se descartaron como casos de sarampión. En 1996 se notificaron 148 casos de los que 84% se descartaron.

En el período 1992–1996 la rubéola presentó una tendencia descendente. Desde 1995 se cuenta con confirmación laboratorial. Ese año se confirmaron 67 casos, 7 por laboratorio y 60 clínicamente. En 1996 se confirmaron 37, 15 por laboratorio. En estos años no se ha presentado ningún caso de rubéola congénita.

Desde 1973 no se han registrado casos de poliomielitis y en 1994 se certificó la erradicación de la circulación del poliovirus salvaje. En el período 1990–1995 no ha habido casos conocidos de difteria. El último caso de tétanos neonatal se notificó en 1988. La incidencia de tos ferina ha sido baja desde 1991 y con tendencia descendente, pasando de 1,1 por 100.000 habitantes en 1992 a 0,2 por 100.000 en 1996, con solo una defunción —en 1995— en todo el período.

Cólera. El cólera se detectó en Costa Rica en enero de 1992, año en que se notificaron 12 casos. En 1996 se registraron 36 casos, 19 de ellos importados. Hasta 1996 fueron notificados 123 casos, 74% importados. Ese año se detectó multi-resistencia antimicrobiana de *V. cholerae* en todos los aislamientos y la primera muerte por cólera. El área más afectada fue la frontera norte. En 1992 el biotipo predominante fue El Tor, serotipo Inaba; el serotipo Ogawa predominó en años posteriores.

Enfermedades crónicas transmisibles. La tuberculosis presentó un aumento importante reciente, con tasas de incidencia de 11,4 por 100.000 en 1992 y 19,0, por 100.000 en 1996. A pesar de este aumento general, la incidencia de meningitis tuberculosa en menores de 5 años es estable y baja. Las regiones Pacífico Central (Puntarenas) y Huetar Atlántica (Limón) son las más afectadas por la tuberculosis. En los varones se diagnostica el doble de casos que en las mujeres. Alrededor de 90% de los casos se presentan en forma de tuberculosis pulmonar. En 1994 se registraron 80 muertes por tuberculosis, lo que significa 25% de todas las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias ese año. En 1995 la tasa nacional de mortalidad por tuberculosis fue de 2,1 por 100.000; en Limón llegó a 7,0 por 100.000. El país no cuenta con registro de pacientes con tuberculosis por cohortes, por lo que no se tienen datos sobre eficacia de tratamiento o eficiencia del programa. Tampoco se dispone de datos sobre la relación entre la tuberculosis y el VIH.

La lepra ya no constituye un problema de salud pública. A finales de 1996 había 158 casos registrados. Sin embargo, los casos se concentran en las regiones Pacífico Central, Huetar Atlántica y Huetar Norte, las tres con prevalencias de más de

1,2 por 10.000. Son multibacilares 78% de los casos, la razón hombres/mujeres es de 2 y los casos en menores de 15 años son excepcionales. En 1996 se detectó discapacidad —principalmente en las manos— en 35% de los casos diagnosticados.

Rabia y otras zoonosis. No se han registrado casos de rabia humana desde hace casi 30 años. El último caso de rabia canina se registró en 1987. Se realizan actividades de vigilancia epidemiológica, vacunación de perros y acciones conjuntas en la frontera norte. No se cuenta con sistemas de notificación y vigilancia eficientes para otras zoonosis.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Los primeros casos de sida conocidos en Costa Rica —en la primera mitad de los años ochenta— ocurrieron en hemofílicos. A partir de 1985 se empezaron a registrar casos en homosexuales y en la presente década apareció la transmisión heterosexual y vertical, que presentan tendencia creciente en los últimos años. La transmisión por vía parenteral nunca fue importante (0,6% de los casos son usuarios de drogas intravenosas y 0,6% tuvieron exposición por transfusión sanguínea). En los últimos años se alcanzó 100% de control de las transfusiones con tamizaje para VIH.

De 94 casos de sida diagnosticados en 1990 se pasó a 207 en 1995. Según datos parciales de 1996 se registraron 202 casos de sida, con una tasa de incidencia de 5,3 por 100.000 y 90,5% de los casos en varones. En los varones el grupo más afectado fue el de homosexuales, con 37,4%, seguido de los heterosexuales, con 20,6%, y los bisexuales, con 19,6%. Desde el comienzo de la epidemia hasta 1996 se registraron en Costa Rica 1.156 casos de sida y 621 defunciones. El período promedio de supervivencia desde el diagnóstico es de 18 a 24 meses.

Se ha observado una reducción progresiva de la notificación de casos de otras enfermedades de transmisión sexual, en especial la gonorrea, cuya incidencia por 100.000 habitantes pasó de 433,8 en 1982 a 123,7 en 1990 y a 68,6 en 1995. La incidencia de sífilis también decreció, de 99,8 por 100.000 en 1983 a 54,3 en 1990 y a 44,7 en 1995. Llama la atención la persistencia de casos de sífilis congénita. En los últimos años se registraron anualmente entre 90 y 150 casos.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. La Encuesta Nacional de Nutrición de 1996 mostró en la población de niños y niñas de 1 a 6 años, según la clasificación de Waterlow, la siguiente distribución: 92% normal; 2% de desnutrición aguda; 5,7% de desnutrición crónica y 0,3% de desnutrición aguda y crónica.

La población preescolar fue evaluada según el índice de masa corporal: 16,4% presentó déficit nutricional y 14,9%, exceso de peso. Las niñas presentaron 16,3% de exceso de peso y los niños, 13,6%. No se observaron diferencias por sexo en la deficiencia nutricional.

La proporción de nacidos con bajo peso fue 6,3% en 1990, 7% en 1994 y 6,1% en 1995.

Pese a los programas de prevención, en 1994 se notificaron 1.292 casos de bocio endémico, 91% en mujeres de las cuales 63% estaban en edad reproductiva.

La diabetes mellitus es la novena causa específica de muerte; en 1994 produjo 258 muertes. Constituye la octava causa de consulta en los varones y la cuarta en las mujeres. En los egresos hospitalarios aparece como cuarta causa de hospitalización; en 1995 se consignó en 4.421 egresos, la mayor parte mujeres.

Enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de defunción en Costa Rica. En 1994 generaron una mortalidad de 12,5 por 10.000 habitantes. El total de defunciones por enfermedad cardiovascular se incrementó entre 1992 y 1994 a un ritmo anual de 4,4%. En 1994 representaron 31% del total de defunciones del país. Junto con los tumores producen la mitad de las muertes. Si a estas se añaden los traumatismos y las enfermedades del aparato respiratorio, se da cuenta de tres de cada cuatro muertes producidas en Costa Rica. Se estima que 15% de la población costarricense mayor de 15 años es hipertensa. En la encuesta de causas de consulta de 1992, la enfermedad hipertensiva ocupó el segundo lugar, tanto en los varones como en las mujeres.

Entre las enfermedades cardiovasculares la principal causa de muerte es la cardiopatía isquémica. Siguen las enfermedades cerebrovasculares y a continuación las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de cardiopatía.

En 1994, la enfermedad isquémica del corazón fue la tercera causa de hospitalización en los varones de 45 a 59 años. En la población de 60 años y más fue la segunda causa en los varones y la cuarta en las mujeres.

Las muertes por enfermedad cardiovascular por lo general se producen a edades relativamente avanzadas, por lo que este grupo ocupa el cuarto lugar como generador de años potenciales de vida perdidos (APVP). Las enfermedades cardiovasculares producen la mitad de APVP que las lesiones inintencionales o "accidentes", grupo que ocupa el primer lugar como causa de APVP.

Tumores malignos. Los tumores malignos son la segunda causa de muerte. En el período 1992–1994 generaron anualmente 8,1 defunciones por 10.000 habitantes, siendo la tercera causa de APVP. Los más frecuentes son los tumores de estómago, pulmón, próstata, mama, cuello de útero y útero.

La tendencia general de la mortalidad por tumores malignos en el período 1985–1995 fue estable, salvo para el cáncer de próstata en los varones, que aumentó, y el de estómago en las mujeres, que disminuyó.

La incidencia de cáncer en el período 1985–1994 fue en general estable, aunque en las mujeres hubo tendencia a la disminución de las localizaciones gástricas, pulmonares, cervicouterinas, hematopoyéticas y reticuloendoteliales, y al aumento del cáncer de mama. En los varones aumentó la incidencia de cáncer de pulmón y próstata y disminuyó la de cáncer de estómago y sistema hematopoyético y reticuloendotelial.

Los tumores constituyeron la sexta causa de hospitalización en el período 1988–1995. Los linfomas, las leucemias y los cánceres de estómago y de aparato genital son los más frecuentes en los egresos hospitalarios masculinos. En las mujeres los cánceres más frecuentes como causa de hospitalización son los del aparato genital, destacando el cáncer de cuello de útero.

Causas externas. Las lesiones no intencionales o "accidentes" (traumatismos y envenenamientos) ocupan el tercer lugar como motivo de defunción. En 1994 produjeron 12,2% de las muertes y 21,8% del total de años potenciales de vida perdidos (APVP), siendo la primera causa de pérdida de vida sana (medida por este indicador combinado de morbimortalidad). La tasa de mortalidad correspondiente fue de 48,9 por 100.000.

En 1994 la mortalidad por accidentes de tráfico alcanzó una tasa de 17,5 por 100.000. La edad promedio de estas muertes fue de 39 años y predominaron las defunciones por colisión entre vehículo de motor y peatón (44%), seguidas por las debidas a colisión entre vehículos. Las lesiones de colisión entre vehículo de motor y peatón fueron responsables de 47,1% de las muertes por causa externa. En 1995 la mayor tasa de mortalidad (9,2 por 10.000) por estas causas se registró en la provincia de Limón, donde las causas externas ocuparon el segundo lugar como causa de muerte.

Los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente provocaron en 1994 un total de 183 muertes, a una edad promedio de 34 años, y 3% del total de APVP; 54% fueron producidas por arma de fuego y 38% por instrumento incisopunzante.

En 1994 el suicidio fue causa de 162 muertes, a una edad promedio de 37 años, provocando 2,5% de los APVP. Las formas más frecuentes de suicidio fueron el envenenamiento (37%), el ahorcamiento (30%) y el disparo con arma de fuego (30%).

Violencia doméstica. El sector salud no posee un registro de los problemas de salud derivados de la violencia doméstica. Se presentan aquí datos parciales, obtenidos de las instituciones gubernamentales que atienden víctimas de esta violencia.

La Delegación de la Mujer, institución judicial del Ministerio de Gobernación, reportó haber atendido en 1994 a 2.299 mujeres víctimas de actos de violencia. En 1995 el número de denuncias ascendió a 5.597 y en mayo de 1996 ya se habían registrado 4.221 denuncias. Este aumento puede tener relación con la existencia desde 1995 de un Plan Nacional contra la Violencia Intrafamiliar y la promulgación de una ley que penaliza las agresiones contra las mujeres. Según la misma fuente, en 1995 y hasta mayo de 1996 se atendieron 715 denuncias de jóvenes de 15 a 20 años que manifestaron haber sido objeto de violencia doméstica.

El Patronato Nacional de la Infancia, organismo gubernamental especializado en la protección infantil, comunicó en el primer trimestre de 1997 haber atendido 24.044 casos de niños y adolescentes. Las principales causas fueron conflictos familiares y conyugales (5.423 casos), abandono (5.639 casos), pensión alimentaria (1.727 casos), depósito administrativo (2.566 casos) y maltrato (3.332 casos, 1.209 correspondientes a maltrato físico, 2.021 a maltrato sexual y 102 a maltrato psicológico).

El Hospital Geriátrico Nacional es el único centro que ha iniciado el registro de la violencia doméstica contra adultos mayores. En 1995–1996 se atendieron 92 casos de abandono, de los que 87 fueron mujeres. En 1997 se aplicó un protocolo de detección de violencia doméstica y se notó un incremento de la detección y atención de casos.

Dentro de la reforma del sector salud se ha introducido el tratamiento de la violencia doméstica como parte del modelo readecuado de atención.

Salud oral. En el último estudio nacional de 1992, en la población de 12 años se halló un índice CPO-D (dientes caridos, perdidos, obturados) de 4,9. Los valores máximo y mínimo fueron los de Limón con un CPO-D de 4,0, y Puntarenas con un CPO-D de 6,0.

Desastres naturales y accidentes industriales. Entre 1992 y 1996, la inestabilidad geológica del país, los fenómenos climáticos y la acción nociva sobre el equilibrio ecológico de la distribución urbano-rural y del desarrollo económico han generado inundaciones, deslizamientos, sismos, erupciones volcánicas y otros desastres. Los declarados emergencia nacional en ese período fueron el sismo de Pejibaye en 1992 y la tormenta tropical Bret en agosto de 1993. En 1995 hubo 32 inundaciones a consecuencia de tormentas o huracanes. En 1996 las inundaciones en Limón y en la zona Sur dejaron un saldo de nueve muertos. Ese mismo año, como consecuencia del huracán César se produjeron inundaciones en el Pacífico Central y Sur, con un total de 451.496 afectados, 4.560 habitantes en albergues y 39 muertos. En octubre de 1996 las inundaciones provocadas por los huracanes Lili y Marco causaron siete muertos en Guanacaste y la zona Norte del país.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La política nacional de salud y el plan estratégico del sector salud para el período 1994–1998 incorporan las políticas sociales del plan nacional de desarrollo. Este señala que “el Estado asumirá un papel central con el objetivo de asegurar condiciones favorables para mejorar la salud y proveer servicios, según los criterios de solidaridad en el financiamiento, equidad en el acceso, universalidad en la cobertura, altos niveles de calidad, oportunidad y agilidad, eficiencia en el uso de los recursos y amabilidad en el trato a los usuarios”.

La reforma del sector salud contempla las siguientes áreas:

1. Rectoría de la salud. El Ministerio de Salud asume la rectoría del sistema nacional de salud, el cual trasciende al sector, con enfoque multisectorial. Sus funciones estratégicas son cuatro: dirección y conducción de la salud; regulación del desarrollo de la salud; vigilancia de la salud, e investigación científica y desarrollo tecnológico.

2. Readecuación del modelo de atención. Se trata de readecuar la atención en el primer nivel para atender apropiada y oportunamente los problemas locales de salud, promover la participación de la comunidad y racionalizar el gasto público. El modelo opera con equipos de atención que brindan una oferta básica de servicios, categorizada en cinco programas de atención integral dirigidos a niños, adolescentes, mujeres, adultos y ancianos.

3. Readecuación del sistema de financiamiento. Comprende: a) el rediseño del modelo de financiamiento; b) la normalización del esquema de contribuciones; c) la eficiencia en la recaudación; d) el desarrollo del sistema para mejorar la asignación y administración de los recursos; e) las opciones de coparticipación privada en la gestión, financiamiento y prestaciones de salud; f) el desarrollo del sistema de costos, estadísticas y evaluaciones económicas, y g) la venta de servicios. Con esta readecuación se espera cumplir los objetivos de eficiencia y sostenibilidad del financiamiento mediante el impulso a la equidad en las cargas y beneficios sociales, el estímulo a la afiliación de cotizantes, la reducción de la evasión y la mayor racionalidad en el uso de recursos, con el establecimiento de controles modernos y eficientes.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

Según un decreto promulgado en 1983 el sector salud está conformado por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Planificación Económica y Política Nacional, el Ministerio de la Presidencia, el Instituto Costarricense de Acueductos y

Alcantarillados, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y la Universidad de Costa Rica. En 1989 se promulgó el decreto sobre el Reglamento General del Sistema Nacional de Salud, el cual amplía el sector a la participación de las municipalidades, los servicios privados, las comunidades y otras universidades.

Los convenios que dan marco a la reforma del sector incluyen el Convenio de Préstamo y Proyecto de Reforma del Sector Salud con el Banco Mundial, de 1993, y la ley de 1994 sobre contrato de préstamo entre el Gobierno de Costa Rica y el BID para financiar la rectoría del Ministerio de Salud y el mejoramiento de la infraestructura física de centros y puestos de salud y la construcción del hospital de Alajuela.

En el marco de la reforma del sector el Ministerio de Salud asume el papel rector, con las funciones estratégicas de dirección, conducción y regulación; la CCSS asume la prestación de servicios. El financiamiento del seguro de enfermedad y maternidad es tripartito, con aportes sobre el salario por parte de los empresarios (9,25%), el Estado (0,25%) y los trabajadores (5,5%). En el caso de los asegurados voluntarios el trabajador aporta 13,25% y el Estado 0,25%. Los indigentes son cubiertos por el Estado. Un pequeño sector de la población utiliza los servicios privados de salud, cuya oferta ha aumentado en los últimos años. No hay datos sobre la demanda o cobertura de los servicios privados. La CCSS debe cubrir 100% de la población. Actualmente 90% de la población está asegurada, el resto está cubierto por el Estado.

El proceso de descentralización se aplica por una parte a un modelo de asignación de recursos financieros para los tres niveles de atención, basado en la separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios, mediante contratos entre el nivel central y los hospitales y áreas de salud. Por otra parte, la desconcentración administrativa implica la creación de áreas de salud con funciones descentralizadas en manejo de recursos humanos, compras y presupuesto.

La participación privada en el sistema nacional de salud está regulada por la Ley General de Salud y por el Reglamento General de Salud, que definen los servicios privados como un componente más del sistema. La regulación de los establecimientos de salud se ha iniciado como proyecto piloto con un proceso de acreditación de maternidades tanto públicas como privadas, según estándares mínimos establecidos por el Ministerio de Salud.

La certificación y el ejercicio de las profesiones sanitarias están reguladas por los colegios profesionales respectivos, creados cada uno de ellos por ley y en los que el Estado delega la función de certificación y vigilancia del ejercicio profesional. En la actualidad hay un debate público sobre la inconstitucionalidad de esta situación y se propone que esta función sea retomada por el Ministerio de Salud como representante del Estado.

Los controles y registros sanitarios para medicamentos, alimentos y sustancias tóxicas peligrosas están a cargo del Departamento de Drogas y Estupefacientes, Controles y Registros, del Ministerio de Salud. La regulación y vigilancia sanitaria, incluida la calidad del aire, suelo, vivienda, seguridad química y residuos peligrosos, está a cargo de la División de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud. Estos son aspectos básicos de un programa prioritario de salud pública denominado Programa de Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano. El sistema de vigilancia se encuentra en fase de organización y ya se completó la formulación de las normas nacionales de calidad del agua y del reglamento de vertido y reutilización de aguas residuales. Los alimentos están incluidos dentro de este programa. Sin embargo, está en discusión la conformación de un Sistema de Controles y Registros Sanitarios que incluiría el control de alimentos. Actualmente no hay controles ni registros sanitarios para equipos y materiales biomédicos.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. Desde 1995 el Ministerio de Salud tiene un Programa Nacional de Promoción y Protección de la Salud que impulsa la participación social y la vincula a los componentes de educación y comunicación social. La influencia de este programa se hizo evidente en situaciones como la amenaza de cólera y la epidemia de dengue, así como en el desarrollo de proyectos participativos e intersectoriales como los cantones ecológicos y saludables, los centros educativos promotores de salud y los educadores comunitarios en salud.

Programas de vacunación. El programa permanente de vacunación alcanzó en 1995 coberturas nacionales superiores a 84% para todas las vacunas, aunque hay mucha disparidad en la cobertura cantonal. A partir de 1993 con las campañas de vacunación se logró mejorar la cobertura en los cantones más atrasados. En 1997 la cobertura con las tres dosis de vacuna antipoliomielítica oral era superior a 80% en 67 de los 81 cantones existentes, la cobertura con la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT) no llegaba a 88% en 72 cantones, y la cobertura con la vacuna antisarampionosa en los niños de 1 año excedía de 88% en 72 cantones. En la actualidad todos los recién nacidos en unidades médicas de la CCSS reciben la vacuna BCG y la vacuna contra la hepatitis B, lo que representa 99% de cobertura a nivel nacional.

Vigilancia epidemiológica. En 1996 se encontraban bajo vigilancia epidemiológica algunas enfermedades de notificación obligatoria y las intoxicaciones por plaguicidas. Se rea-

liza vigilancia entomológica para combatir la malaria y el dengue, y el seguimiento de la calidad del agua corre a cargo del programa especial de saneamiento básico.

La sospecha y la detección de las enfermedades o circunstancias sujetas a vigilancia epidemiológica se hacen a nivel local y la notificación mediante boleta única depende de los niveles locales del Ministerio de Salud y de la CCSS, hospitales y laboratorios. La información fluye en sentido vertical dentro de cada institución, hasta el nivel central del Ministerio. Existe poca coordinación en los niveles locales y regionales de las dos instituciones y tampoco hay suficiente capacidad y práctica de análisis de datos en estos niveles. Sin embargo, cada vez hay más capacidad de investigación operativa y de respuesta a los problemas identificados, por ejemplo, pronta respuesta a brotes epidémicos. El nivel nacional consolida los datos periódicamente y los publica en un Boletín Epidemiológico Semanal.

La capacidad diagnóstica para dengue, cólera, leptospirosis, meningitis meningocócica, sarampión y rubéola está asegurada por el laboratorio de referencia nacional. También hay capacidad para diagnóstico de hepatitis y citomegalovirus en un centro de investigación (ICMRT) vinculado a la Universidad de Luisiana, Estados Unidos de América, que ofrece servicios diagnósticos a la CCSS. El diagnóstico de malaria se concentra en el laboratorio del nivel central, aunque en 1996 comenzó a descentralizarse a algunos servicios locales de áreas prioritarias. El Departamento de Control de Sida cuenta con laboratorio de diagnóstico y de referencia para los laboratorios públicos y privados que diagnostican VIH y para los bancos de sangre. Hay capacidad diagnóstica para *Escherichia coli* y rotavirus en el Hospital Nacional de Niños.

La vigilancia de las defunciones de menores de 1 año se implantó en 1996 y la de la mortalidad materna en 1997. Se cuenta con normas e instrumentos para la investigación de cada muerte en cada establecimiento. La vigilancia de las intoxicaciones por plaguicidas se implantó experimentalmente en algunas áreas en 1995 y en 1997 se empezó a extender a todo el país.

Agua, alcantarillado y residuos sólidos. El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) está encargado por ley de diseñar y construir los sistemas de agua y alcantarillado. Además administra los sistemas de las ciudades principales, que representan más de la mitad de la población del país. La Unidad de Saneamiento Básico del Ministerio de Salud proporciona asistencia a la población rural en lo que se refiere a pozos someros y letrinización. Las municipalidades tienen la responsabilidad primaria en agua y saneamiento y muchas de ellas manejan sus sistemas independientemente de AyA. Existen también varios cientos de comités administradores de acueductos rurales, formados y capacitados por AyA.

AyA administra 141 acueductos, que cubren a aproximadamente 63% de la población. Además existen 2.214 acueductos

operados por 150 municipalidades, 1.664 comités comunales y 400 empresas privadas. El agua de estos sistemas es de calidad desconocida y no cuenta con control ni vigilancia del Ministerio de Salud.

En lo que se refiere a aguas residuales, se estima que solo se tratan antes de la descarga los efluentes de 3% de la población. El río Tárcoles recibe las aguas crudas del área metropolitana y además las aguas residuales, prácticamente sin tratar, de gran parte de las tenerías (curtiembres) e industrias de alimentación, café y textiles.

El Ministerio de Salud ha procurado elevar sustancialmente las coberturas de agua y saneamiento en el país, y a fin de que el déficit se reduzca virtualmente a cero se puso en marcha en 1993 el proyecto de Saneamiento Básico Ambiental, financiado con recursos nacionales del Instituto Mixto de Ayuda Social y el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, canalizados a través de la OPS.

Las municipalidades tienen la responsabilidad legal de resolver el problema de los residuos sólidos domésticos. La Unidad Ejecutora de Desechos Sólidos del Ministerio del Ambiente y Energía colabora con las municipalidades en este campo. También algunas empresas privadas proveen servicios urbanos de recolección y eliminación en rellenos sanitarios controlados. Los residuos sólidos hospitalarios corren a cargo de la CCSS y por el momento se envían a rellenos o basureros municipales.

En lo que hace a recolección de desechos sólidos, la cobertura llega a 62% de la población. Unas 62 municipalidades (70%) depositan sus desechos sólidos en vertederos, de los que hay 55 a cielo abierto en todo el país. Según el Plan Nacional de Manejo de Desechos, en Costa Rica se generan aproximadamente 11.764 toneladas diarias de desechos, de las que 86% corresponden a desechos agroindustriales, 13,6% a desechos ordinarios y 0,4% a desechos peligrosos (domésticos, industriales, plaguicidas, fertilizantes y hospitalarios). Estos últimos casi siempre son enviados a vertederos municipales o son quemados al aire libre, tirados o vendidos.

Prevención y control de la contaminación atmosférica. El Ministerio de Salud tiene responsabilidades de monitoreo y control de la contaminación atmosférica en general; las del Ministerio del Ambiente corresponden al ámbito de la protección ambiental. No existen normas de calidad del aire; las existentes, reguladoras de la emisión de contaminantes, fueron elaboradas para apoyar un programa de ordenamiento ambiental del área metropolitana.

Las principales medidas adoptadas por el Ministerio de Salud para reducir la emisión de contaminantes atmosféricos incluyen la instalación de equipos de control de emisiones en las principales industrias, la realización de muestreos por parte de los laboratorios especializados, la toma de muestras directamente en las chimeneas y los análisis co-

rrespondientes. El Departamento de Control Ambiental verifica la eficiencia de la remoción de contaminantes y solicita mejoras y controles en caso necesario. Por otra parte, el Ministerio de Obras Públicas y Transportes lleva a cabo, a través de la Policía de Tránsito, un programa de control de la contaminación producida por vehículos automotores, para lo cual cuenta con equipos de medición directa en el tubo de escape del vehículo. En 1994 se promulgó un reglamento de emisiones vehiculares.

En 1996 se cumplieron los ocho años que un Decreto Ejecutivo de 1988 dio como plazo para que la Refinadora Costarricense de Petróleo produjera únicamente gasolina sin plomo, que actualmente es la única que se produce.

El programa "Ecomarchamo", cuyo propósito es disminuir las emisiones de los vehículos, se encuentra bajo la jurisdicción del Ministerio de Ambiente y Energía, el Ministerio de Obras Públicas y la Policía de Tránsito. La Dirección de Saneamiento Ambiental, dependiente del Ministerio de Salud, opera una red de monitoreo de calidad atmosférica en el área metropolitana de San José. En los estudios y análisis de laboratorio ha sido muy relevante el trabajo de la Universidad Nacional, con el apoyo técnico y financiero de ProEco, una organización no gubernamental financiada con fondos suizos.

Hace ya varios años que se emitió un decreto que prohíbe fumar en los lugares públicos. Por otra parte, están en marcha programas educativos y campañas publicitarias al respecto, realizadas por la CCSS y el Ministerio de Salud. Para mejorar la calidad del aire en locales cerrados existe un reglamento de construcciones que hace referencia a la ventilación. El reglamento de seguridad e higiene del trabajo y el reglamento sobre lugares de reunión incluyen también orientaciones sobre ventilación para prevenir problemas de salud en las personas. Hay también un reglamento de uso y control del asbesto y de los productos que lo contengan, destinado a la reducción de emisiones nocivas a partir de actividades de construcción.

Seguridad alimentaria. No hay una política definida de seguridad alimentaria ni un plan de acción que articule los programas institucionales en protección de alimentos. Por ley, la competencia en la coordinación, orientación, ejecución, supervisión y evaluación de los programas recae en el Ministerio de Salud. También participan el Ministerio de Agricultura y Ganadería, por medio de los Departamentos de Sanidad Vegetal, Inspección de Carnes y Cuarentena Animal, y el Ministerio de Economía, Industria y Comercio, por medio de la Oficina Nacional de Normas y Unidades de Medida, con funciones de regulación metrológica, etiquetado y control de calidad. Todas estas instituciones cuentan con laboratorios bien equipados.

El país dispone de instrumentos técnico-normativos en materia de alimentos y el Ministerio de Salud es integrante de

la Comisión Mixta FAO/OMS del *Codex Alimentarius*. Costa Rica ha suscrito también los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio en materia sanitaria. La Universidad de Costa Rica y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud han realizado diversos estudios de productos agropecuarios frescos, en especial sobre plaguicidas, hormonas y metales pesados.

Por convenio entre el Instituto Nacional de Aprendizaje y el Ministerio de Salud se establecieron cursos permanentes de capacitación a manipuladores de alimentos con cobertura nacional. En los programas de educación básica también se incluyen los aspectos elementales del tema. La venta callejera de alimentos no constituye un problema sanitario importante, aunque está en aumento.

El Programa de Alimentación Complementaria en centros educativos tiene una amplia cobertura, sobre todo en las escuelas rurales y urbanomarginales.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) consta de un nivel central encargado de las políticas institucionales, un nivel regional conformado por siete direcciones regionales de servicios médicos y un nivel local constituido por áreas y sectores de salud. En el nivel terciario, la CCSS cuenta con tres hospitales nacionales generales y seis hospitales nacionales especializados. En el segundo nivel hay 7 hospitales regionales, 13 hospitales periféricos y 38 clínicas tipo 3 y 4 (con 3 ó 4 especialidades médicas básicas). El primer nivel está constituido por 103 clínicas, a las que se están sumando los sectores con equipos básicos de atención integral de salud y áreas de salud, así como centros y puestos de salud transferidos por el Ministerio de Salud. Cada nivel de atención está referido a un territorio determinado y los establecimientos constituyen una red de servicios claramente definida con niveles de atención dependientes del grado de complejidad y capacidad resolutoria. Está definido el sistema de envío y devolución de pacientes entre hospitales periféricos, regionales y nacionales. Las clínicas de consulta externa brindan permanentemente un servicio de transporte de pacientes hacia hospitales nacionales o regionales en caso de que las condiciones del paciente o la distancia entre establecimientos así lo ameriten.

La estrategia de fortalecer el primer nivel de atención tiene la meta de constituir 800 sectores de salud con equipos básicos de atención integral. En julio de 1996 ya funcionaban 306 sectores, con una cobertura de 1,13 millones de habitantes. Esta infraestructura está ubicada principalmente en áreas prioritarias, por su menor desarrollo socioeconómico. El Ministerio de Salud cuenta todavía con algunos centros y puestos de salud, unidades móviles médicas y odontológicas, con-

sultorios escolares odontológicos, centros de atención integral, comedores escolares y centros infantiles de nutrición y atención integral. La mayoría de estos servicios se están integrando o se integrarán próximamente en la CCSS.

Los servicios preventivos de salud oral han sido proporcionados tradicionalmente por el Ministerio de Salud a los escolares y a las mujeres embarazadas, mientras que la CCSS brinda servicios de mayor complejidad a los asegurados directos y procedimientos de menor complejidad a los dependientes. En años recientes se han creado carreras de odontología en tres universidades privadas y la atención privada ha proliferado, ofreciendo servicios de mayor complejidad que los del sector público.

El país cuenta con atención psiquiátrica en todos los hospitales nacionales, regionales y clínicas tipo IV y en algunos hospitales periféricos. El principal centro psiquiátrico es el Hospital Nacional Psiquiátrico, con 800 camas, 600 destinadas a pacientes crónicos. Otro hospital exclusivamente destinado a pacientes crónicos cuenta con 300 camas. Actualmente se intenta descentralizar la atención y favorecer que el usuario esté más cerca de su comunidad y de su familia. Se ha iniciado también un proceso de apertura y desinstitutionalización. Los problemas de farmacodependencia son atendidos ambulatoriamente por el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. Se cuenta con tres escuelas de psicología, dos de ellas privadas, una escuela estatal de trabajo social y un posgrado a nivel de especialidad en psiquiatría en la universidad estatal.

Desde 1994 hay participación formal de los mismos adolescentes en la planificación y ejecución de las actividades y proyectos correspondientes.

Los servicios de salud reproductiva, tradicionalmente a cargo del Ministerio de Salud, fueron transferidos a la CCSS para ser ejecutados en los equipos de atención básica. La Asociación Demográfica Costarricense, entidad no gubernamental con financiamiento externo, apoya los servicios de la CCSS con consultorios de planificación familiar y actividades de detección del cáncer cervicouterino y de mama.

La CCSS cuenta con un programa de atención integral al adulto mayor y un hospital especializado en geriatría. Para la formación académica de especialistas existe un posgrado en gerontología y geriatría y una maestría en gerontología en una universidad estatal.

La Lista Oficial de Medicamentos es parte integral del Formulario Terapéutico Nacional. La selección de medicamentos en la CCSS se realiza según criterios demográficos, estadísticas de morbilidad, requerimientos en programas especiales, infraestructura disponible y equipo. Se tienen también en cuenta la eficacia y la inocuidad según ensayos clínicos y los precios en el momento de realizar las compras. La CCSS dedicó en 1997 a medicamentos 7,55% de su presupuesto, en total US\$ 49,49 millones. Además de las compras a nivel central se autorizan gastos en efectivo a las unidades médicas,

generalmente hospitales. En la CCSS el gasto per cápita en medicamentos fue de US\$ 14,46 en 1989 y de US\$ 16,15 en 1997, año en que el país contaba con 161 farmacias.

El equipo médico hospitalario está muy centralizado en los tres hospitales nacionales, que poseen más de la tercera parte del total; los 13 hospitales periféricos poseen tan solo una quinta parte. Uno de cada 10 equipos en el país no está en buen estado y más de 6% se encuentran subutilizados. En general se considera que las unidades quirúrgicas y de emergencia están bien equipadas y con buenas estructuras. En cambio, en las de tratamiento intensivo a veces falta espacio. La adquisición y utilización de equipos no es coordinada.

Recursos humanos

No existen políticas claras ni programas coordinados de recursos humanos para la salud. En 1995 por cada 10.000 costarricenses había 12,7 médicos, 3,8 odontólogos, 9,6 enfermeros, 3,6 farmacéuticos, 20 auxiliares de enfermería, 0,3 ingenieros de saneamiento, 2,5 asistentes comunitarios y 0,6 nutricionistas. La docencia de las profesiones sanitarias se realiza en varios centros de enseñanza públicos y privados, universitarios y parauniversitarios. La universidad creó en 1989 la maestría en salud pública en la que se han formado principalmente funcionarios del Ministerio de Salud y la CCSS.

En cuanto a educación permanente y capacitación, las propias instituciones del sector han asumido esa responsabilidad y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social cumple un papel muy importante en la formación de recursos humanos para los servicios de salud. Desde 1995 desarrolla cursos para el personal de los niveles regionales y locales en conceptos básicos de epidemiología, gestión local de salud e informática. Desde 1989 se impulsa especialmente la formación de gerentes y administradores de servicios de salud.

El Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, que hace investigación fundamentalmente clínica, y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, en la que se desarrolla investigación relacionada con la docencia, son las instituciones que dan curso al grueso de la investigación sanitaria.

Gasto y financiamiento sectorial

El total del gasto público en salud en 1996 ascendió a US\$ 889,28 millones. En el mismo año la participación del gasto público en salud como porcentaje del PIB fue de 9,8%: 0,7% correspondió al Ministerio de Salud, 8,0% a la CCSS, 0,5% al Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, 0,4% al Instituto Nacional de Seguros y 0,2% a las muni-

cipalidades. El gasto público en salud durante 1996 se distribuyó de la siguiente forma: 81,9% para la CCSS, 6,4% para el Ministerio de Salud, 5,3% para el Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados, 4,2% para el Instituto Nacional de Seguros y 2,1% para las municipalidades.

En Costa Rica el sector público ha sido el sector predominante en la financiación y prestación de los servicios de salud, tendencia que se mantiene. No se cuenta con información actualizada sobre la participación del sector privado. El último dato pertenece a una encuesta de hogares de 1987, en la que se estimó que el gasto privado en salud ascendía a US\$ 77,2 millones, que equivalían a 23% de los gastos correspondientes al Ministerio de Salud y la CCSS.

Cooperación técnica y financiera externa

La CCSS tiene un proyecto orientado a su modernización y al desarrollo de infraestructura hospitalaria, financiado por el Banco Mundial. También están en marcha proyectos de cooperación con el Banco Interamericano de Desarrollo para el fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud, el desarrollo de la rectoría del sector y la infraestructura de salud para la atención primaria. Con otros organismos del sistema de Naciones Unidas como el PNUD, el UNICEF, el FNUAP y la OPS existen programas de cooperación amplios referentes a comunidades sanas, prestación de servicios, rectoría, calidad de atención y prevención y control de la degradación ambiental.

CUBA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La situación nacional de Cuba desde 1989 se caracteriza sobre todo por una profunda crisis económica que afectó prácticamente a todas las esferas de la vida del país. Para tener una idea de la gravedad de la crisis, basta señalar que entre 1989 y 1993 el producto interno bruto (PIB) cubano cayó 35% y las exportaciones descendieron 75%. Los dos factores determinantes de la crisis son bien conocidos. Por una parte, la desaparición de la Unión Soviética y del campo socialista, con quienes Cuba había sostenido 85% de su intercambio comercial hasta 1989, y por otra el bloqueo económico impuesto por el Gobierno de los Estados Unidos de América a Cuba desde hace más de 30 años, recrudescido en 1996 con la aprobación de la denominada ley Helms-Burton, dirigida a impedir las inversiones extranjeras en Cuba y a limitar fuertemente el intercambio comercial con el exterior.

Ante esta nueva situación, el Gobierno ha tomado una serie de medidas de ajuste y reestructuración tendientes a frenar el deterioro y reanimar la economía. El proceso cubano se propone lograr sostenibilidad y eficiencia sin renunciar a las conquistas sociales de la Revolución, preservar lo más posible los niveles de equidad alcanzados y evitar el desamparo y el desempleo forzoso.

Entre las medidas dispuestas se destaca el fomento de la colaboración económica internacional y una mayor apertura a la inversión de capitales extranjeros; la creación de mercados libres, agropecuarios e industriales, que funcionen sobre la base de la oferta y la demanda; la expansión del trabajo por cuenta propia o iniciativa privada; el desarrollo de nuevas formas cooperativas de producción agropecuaria; la introducción de un amplio sistema impositivo que grava la actividad privada y estatal; la reducción progresiva de los subsidios a

empresas estatales; la consolidación del sistema de distribución racionada a precios subsidiados, con énfasis en los grupos más vulnerables; la reducción del aparato central del Estado y el fortalecimiento de la descentralización, y la reforma y modernización de los sistemas financiero, bancario y empresarial.

Por otra parte, al incremento de la producción y la capacidad exportadora de renglones tradicionales como el azúcar, el níquel, la pesca, el cemento y el tabaco, se ha unido el desarrollo de nuevos sectores con amplio potencial para generar divisas, como el turismo, la minería, la biotecnología y las industrias farmacéutica, electrónica y azucarera.

En 1994 se revertió la tendencia descendente de la economía registrándose un modesto crecimiento (0,7%) del PIB; en 1995 el crecimiento fue de 2,5%, y en 1996 se produjo un significativo crecimiento de 7,8%. En 1996, el PIB per cápita aumentó 7,5%, se elevaron el salario medio y los ingresos de la población y mejoró la distribución del ingreso. Entre otros indicadores positivos, cabe señalar que el déficit presupuestario disminuyó a 2,4% del PIB (33% en 1992 y 3,6% en 1995), las exportaciones totales crecieron 33%, la productividad laboral aumentó 8,5%, las inversiones ejecutadas crecieron 54%, el consumo personal subió 4%, y el consumo social y del Gobierno aumentaron 4% y 2% respectivamente. La cotización del peso frente al dólar estadounidense, que promedió los 60 pesos en 1994, y 32,1 pesos en 1995, llegó a 19,2 pesos en 1996, lo que habla de la revaluación paulatina de la moneda nacional. Aunque se considera que se ha revertido la tendencia negativa y se está en presencia de un crecimiento, la economía cubana se desempeña en condiciones difíciles por los términos desfavorables de los créditos externos, que fijan altas tasas de interés a corto plazo.

En lo político, se destacan las acciones dirigidas a profundizar la descentralización del Estado (incluido el Sistema Nacional de Salud) y de los sectores económicos; a promover y

desarrollar la participación popular en los procesos decisivos en todos los niveles mediante el desarrollo de las instancias de base de la estructura del Estado representadas por los consejos populares y los gobiernos municipales, y a fortalecer el Parlamento y sus comisiones, entre ellas las de salud, deporte y medio ambiente, en su calidad de órgano legislativo del Estado.

El país está enfrascado en el proceso de elecciones generales que se lleva a cabo desde junio de 1997 durante ocho meses y en el que la población elige mediante el voto libre y secreto a los delegados a las asambleas municipales y provinciales, y a los diputados a la Asamblea Nacional del Poder Popular.

Al 30 de junio de 1996 la población proyectada era de 11.005.866 habitantes y la densidad de población, 99,3 habitantes por km². La natalidad experimentó un descenso constante hasta alcanzar una tasa de 12,7 en 1996, con una reducción de alrededor de 30% en el decenio. En correspondencia, se mantuvo la disminución de los niveles de fecundidad. La tasa general de fecundidad se redujo de 66,1 por 1.000 mujeres de 15 a 49 años en 1985 a 46,7 en 1996. El grupo de población de 60 años de edad en adelante siguió aumentando en términos absolutos y proporcionales y en 1996 representaba 12,7% de la población. En 1992, los menores de 15 años constituían 22,4% de la población y en 1996, 22,0%. La tasa general de mortalidad era de 7,0 por 1.000 habitantes en 1992 (la más alta del período 1986–1992) y de 7,2 en 1996. La esperanza de vida al nacer proyectada para el quinquenio 1995–2000 es de 75,48 para ambos sexos, 73,56 para los hombres y 77,51 para las mujeres.

De una importante participación en la mortalidad de las enfermedades infecciosas y parasitarias hace 30 años, hay ahora un franco predominio de defunciones por enfermedades crónicas, degenerativas y accidentes. Las primeras causas de muerte para todas las edades fueron las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares y los accidentes. Estas cuatro causas son responsables de 65% del total de las defunciones.

Desde el punto de vista político-administrativo, el país se organiza en 14 provincias y un municipio especial (Isla de la Juventud). El volumen de los asentamientos poblacionales en estos territorios varía de uno a otro entre medio millón y 1 millón de habitantes, excepto la ciudad de La Habana, donde viven algo más de 2 millones, e Isla de la Juventud, que cuenta con 77.429 habitantes. La población urbana ha aumentado de 69,0% en 1981 a 74,5 en 1995, según estimaciones intercensales de la Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba. La población menor de 15 años en las zonas rurales es proporcionalmente superior a la de las zonas urbanas (24,3% y 21,5% respectivamente). Lo inverso sucede con la población de 15 a 59 años (64,2% y 65,4% respectivamente) y de 60 años y más (11,5% y 13,2% respectivamente).

Mortalidad

El análisis de la estructura de la mortalidad por seis grandes grupos de causas según estratos urbanos y rurales en 1996 muestra las mayores tasas ajustadas de mortalidad en las zonas urbana, rural-urbana y rural, con tasas de 649,1, 617,4 y 490,6 por 100.000 habitantes respectivamente y una razón de mortalidad de 1,3 entre la tasa mayor y la menor. En general, este comportamiento se reproduce en todos los grupos, a excepción de las enfermedades originadas en el período perinatal y las muertes violentas, que presentan las mayores tasas en la zona rural-urbana. Datos provisionales de 1996 indican que las tasas de mortalidad por cinco grandes grupos de causas son las enfermedades del aparato circulatorio (311,4 por 100.000 habitantes); los tumores (141,0); las causas externas (79,3); las enfermedades infecciosas y parasitarias (51,4) y todas las demás causas (136,4).

La mortalidad general desde hace años se caracteriza por una amplia predominancia de las causas de muerte asociadas con enfermedades crónicas no transmisibles. Siguieron aumentando en forma progresiva las tasas de mortalidad por diabetes: 9,9 en 1970, 11,1 en 1980 y 23,4 en 1996, con predominio en el sexo femenino.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La mortalidad perinatal ha experimentado un descenso significativo de 14,2 por 1.000 nacidos vivos en 1992 a 12,4 en 1996, con una disminución de 13% de la tasa en el período. La estructura causal del componente neonatal ha mostrado poca variación, manteniéndose la hipoxia, la asfixia y otras afecciones respiratorias entre los primeros lugares.

El bajo peso al nacer, luego de un descenso sostenido hasta 1989, año en que se logró un índice de 7,3%, inició un ascenso hasta 1993, cuando alcanzó un índice de 9,0. Después de la revisión y actualización del programa nacional de control y prevención del bajo peso al nacer, se logró nuevamente en 1996 un índice de 7,3%. Este comportamiento ha sido similar en todas las provincias del país.

La mortalidad infantil en 1992 representó 2,1% de las muertes para todas las edades y en 1996 se redujo a 1,4%. Las cinco primeras causas de mortalidad de los menores de 1 año agruparon en 1996 alrededor de 83% de las muertes infantiles. El mayor peso le correspondió a ciertas afecciones originadas en el período perinatal, con una tasa de 3,2 por 1.000 nacidos vivos, seguidas de las anomalías congénitas, con una tasa de 2,1, y la sepsis, la influenza y neumonía, y los acciden-

tes, con tasas de 0,5, 0,3, y 0,3 respectivamente. Estas tres últimas causas muestran, además, una franca disminución.

La mortalidad infantil continúa descendiendo: de una tasa de 10,2 por 1.000 nacidos vivos en 1992 pasó a una de 7,9 en 1996. En 1996 las tasas se movieron entre 9,7 y 6,0 en las provincias occidentales, mientras que en las orientales pasaron de 9,2 a 7,6. De las cinco provincias del centro-este del país (Villa Clara, Cienfuegos, Sancti Spiritus, Ciego de Ávila y Camagüey) Camagüey y Villa Clara tuvieron las tasas más bajas, con 5,4 y 5,9 respectivamente. Las tasas provinciales mayores y menores registradas en 1990 fueron de 13,6 y 7,6 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en 1996 fueron de 10,3 y 5,1, lo que confirma la tendencia descendente de las tasas en el país.

La mortalidad por todas las causas en el grupo de 1 a 4 años se ha mantenido en el último quinquenio entre 0,6 y 0,7 muertes por 1.000 habitantes de esa edad. Las principales cinco causas de muerte para este grupo de edad son en primer lugar los accidentes, con tasas de 1,9 por 10.000 habitantes en 1996; en segundo y tercer lugar los tumores malignos y las anomalías congénitas, con tasas de 0,6 y 0,8 respectivamente. La neumonía, que a comienzos de los años ochenta constituía la segunda causa de muerte en la edad preescolar, en 1996 fue desplazada al cuarto lugar. El quinto lugar corresponde a las meningitis, con una tasa de 0,2 por 10.000 habitantes.

La tasa bruta de mortalidad por todas las causas en el grupo de 5 a 14 años, que es el de más baja mortalidad nacional, se mantuvo desde 1987 en 0,4 defunciones por 1.000 habitantes de esa edad, y en 1996 fue de 0,3. La principal causa de muerte fueron los accidentes, con tasas de 14,7 en 1992, 17,0 en 1994 y 14,8 en 1996. En este último año, los accidentes ocasionaron 14,8 defunciones por 100.000 niños de ese grupo de edad (242 defunciones), lo que representa aproximadamente 44,8% de todas las muertes ocurridas en este grupo de edad y más del doble (60%) de las que produjeron las cuatro causas que le siguieron en conjunto: tumores malignos 4,9 (80 defunciones), anomalías congénitas 2,8 (45 defunciones), influenza y neumonía 1,0 (16 defunciones) y enfermedades del corazón 0,9 (15 defunciones). Los accidentes constituyeron la primera causa de muerte en el grupo de 5 a 14 años y representaron 38,8% de las defunciones en esa franja de edad, cifra superior a la alcanzada en 1992, que fue de 34,5%. Dentro de esta causa, las tasas de años potenciales de vida perdidos (APVP) por accidentes del transporte alcanzan cifras de 73,4 y 36,7 por 100.000 habitantes para los grupos de edad de 1 a 4 y de 5 a 14 años, con predominio del sexo masculino.

La salud del adolescente y del adulto

Los accidentes se mantienen como la primera causa de muerte hasta los 49 años de edad, con una tasa de 38,9 por 100.000 habitantes en el grupo de 15 a 49 años en 1996, algo

superior a la de 1992, que fue de 37,9, y constituyen uno de los principales problemas de salud en los adolescentes y adultos jóvenes. Otros problemas importantes en estos dos grupos fueron la elevada incidencia de enfermedades de transmisión sexual y el incremento de la hepatitis viral tipo A, cuya tasa varió de 161,2 por 100.000 habitantes en 1992 a 217,0 en 1996.

La tasa bruta de mortalidad por todas las causas en el grupo de 15 a 49 años fue de 1,7 por 1.000 habitantes en 1996. La primera causa de muerte en 1996 fueron los accidentes, que ocasionaron 20,4% de las defunciones de este grupo de edad; los tumores malignos se mantuvieron en segundo lugar, igual que en 1992, con una tasa de 28,8 por 100.000 habitantes; las enfermedades del corazón ocuparon el tercer lugar, con una tasa de 20,4, y el suicidio y lesiones autoinfligidas y el homicidio constituyeron la cuarta y quinta causa, con tasas de 18,2 y 10,2 respectivamente.

La salud de la mujer

La presencia femenina en la fuerza laboral estatal creció de 669.100 mujeres en 1975 a 1.429.900 en 1990, cifra esta última que representa 40% de los trabajadores del país de ese año. La atención de la salud de la mujer y del niño constituye una alta prioridad para la salud pública, que enmarca sus acciones en el Programa de Atención Materno Infantil.

El promedio de consultas durante el embarazo aumentó de 17,2 en 1992 a 23,6 en 1996. Las consultas de puericultura aumentaron de 13,4 por niño menor de 1 año en 1992 a 23,5 en 1996, las que, unidas a las de pediatría elevan a 35,0 las consultas promedio en 1996 por menor de 1 año.

El aborto inducido descendió de 70,0 por 100 partos en 1992 a 59,4 en 1996. El Programa de Planificación Familiar busca incrementar el uso de anticonceptivos en calidad y variedad. La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se estima en 79%. La mortalidad de la mujer como consecuencia del embarazo, el parto y el puerperio fue de 3,3 por 10.000 nacidos vivos en 1992 y disminuyó a 2,4 en 1996.

La mortalidad por todas las causas en el grupo de 50 a 64 años fue de 8,4 por 1.000 habitantes en 1996. Las cinco primeras causas de muerte fueron los tumores malignos, con una tasa de 236,8 por 100.000 habitantes, las enfermedades del corazón, con 222,3, y las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes y la diabetes mellitus, con tasas de 79,2; 42,2 y 38,9 respectivamente.

La salud del adulto mayor

En 1996, 84,7% de las defunciones ocurrieron en personas de 50 años y más. Las defunciones en mayores de 60 años re-

presentan 76,3% del total de muertes, y en adultos de 65 años y más, 68,9%. Las caídas accidentales en la población de 60 años y más muestran una tendencia creciente en ambos sexos, y son más frecuentes entre las mujeres.

La mortalidad por todas las causas en el grupo de 65 años y más fue de 54,9 por 1.000 habitantes en 1996. Las cinco principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, con una tasa de 1.803,9 por 100.000 habitantes, los tumores malignos (968,0), las enfermedades cerebrovasculares (631,3), la influenza y neumonía (378,6) y las enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares (330,2).

En 1996, y en comparación con el año anterior, la morbilidad por enfermedades transmisibles en los adultos mayores se redujo y las enfermedades diarreicas agudas disminuyeron 6%; solo aumentaron las atenciones médicas por infecciones respiratorias agudas, que presentaron una tasa de 2.821,7 por 100.000 habitantes. En 1996, la incidencia de tuberculosis también disminuyó comparada con la de 1995, aunque este grupo aún presenta proporcionalmente la mayor incidencia.

La salud de los trabajadores

La situación socioeconómica del país influyó en la actividad de los trabajadores. En una primera fase, disminuyeron algunos riesgos por la paralización de algunas labores, lo que produjo la disminución de los accidentes, sobre todo de los mortales, y el aumento de otros riesgos motivados por cambios de labor, reinserción y redefinición de tareas en fábricas y otros centros laborales. La reorientación de muchas actividades hacia la agricultura y el aumento del trabajo por cuenta propia son situaciones nuevas que deberá enfrentar la Salud Pública en términos de protección de la salud de los trabajadores. Las principales enfermedades profesionales vinculadas con elementos urbanísticos e industriales son la hipoacusia por exceso de ruido y las dermatosis.

La tendencia de los accidentes laborales es descendente. Su incidencia disminuyó comparativamente en los años 1992 y 1995 de 8,2 a 5,3 por 1.000 trabajadores. Durante 1995 se produjeron 20.805 lesiones incapacitantes, 33.000 menos que en 1992, y los accidentes mortales se redujeron en 72 defunciones. De las defunciones, 70% se produjeron en hombres y las edades más frecuentes fueron las comprendidas entre los 21 y los 40 años.

Para la atención de los trabajadores, se unen a la red Nacional de Higiene y Epidemiología 2.217 médicos especialistas de medicina general integral ubicados en industrias y otros centros laborales, lo que contribuye a consolidar la atención primaria de la salud de los trabajadores con un enfoque preventivo promocional en el que la evaluación de riesgos constituye un elemento central.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales.

La incidencia de las enfermedades infecciosas intestinales se ha incrementado en los últimos años debido a la influencia de las condiciones ambientales y de la situación higiénico-sanitaria. Entre 1989 y 1996, la morbilidad por hepatitis A se incrementó de 24,5 a 189,0 por 100.000 habitantes. En 1996 se notificaron 90,9 atenciones médicas por enfermedad diarreica aguda por 1.000 habitantes. La fiebre tifoidea presentó un incremento de la morbilidad en el período 1989–1996, pasando de 0,5 a 0,7 por 100.000 habitantes a nivel nacional. La tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, una parte de las cuales son de origen infeccioso, experimentó un incremento de 4,2 por 100.000 habitantes en 1992 a 5,0 en 1996, lo que representa 0,7% del total de las defunciones.

Se han tomado las medidas necesarias para controlar esta situación, tarea a la que se asigna una alta prioridad en el sistema de salud. Se sigue realizando un exigente trabajo de fortalecimiento del sistema de vigilancia ante la amenaza permanente de la aparición del cólera, para evitar su diseminación y la creación de eventuales condiciones epidémicas. Hasta el momento, no se ha informado ningún caso de cólera en el país.

Enfermedades inmunoprevenibles. Se registraron cinco casos de tétanos en 1992 y cuatro en 1996. El efecto del sistema de cobertura inmunitaria cubano se refleja en la eliminación de tres enfermedades: la poliomielitis, la difteria y el sarampión, la supresión de dos formas graves: la meningitis tuberculosa y el tétanos neonatal, y la desaparición de dos complicaciones graves: la meningitis posparotiditis y el síndrome de la rubéola congénita. El sarampión, con 15 casos en 1992, no registra ninguno desde 1994. No se han presentado casos de rubéola y parotiditis en 1996. El nivel de cobertura para casi todas las afecciones inmunoprevenibles es satisfactorio, con más de 95% a nivel nacional. El país se ha propuesto inmunizar a toda la población menor de 20 años contra la hepatitis B para el año 2000.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias, en particular las agudas y de curso corto, constituyen por amplio margen las primeras causas de morbilidad en el país. Relativamente benignas y de muy baja letalidad, su elevada incidencia se refleja, sin embargo, en ausencias laborales y en una elevada cantidad de consultas médicas. Alrededor de 60% de las consultas se brindan a menores de 15 años, y de estos, 41,7% al grupo de 1 a 4 años. En 1996 el número total de consultas por esta causa fue de aproximadamente 5 millones. En los últimos tres años ha aumentado el número de lac-

tantes y preescolares afectados, así como el de mayores de 60 años.

Tuberculosis. La tuberculosis constituía la primera causa de muerte en el país a principios de siglo. En 1961 se encontraba entre las primeras 10 causas de muerte. La disminución de la mortalidad y morbilidad por esta enfermedad experimentada en todo el país en el decenio de 1980 hizo descender la tasa de incidencia a 5,1 por 100.000 habitantes en 1990. Sin embargo, en los últimos años ha habido un incremento del número de casos, con tasas de incidencia de 12,0, 14,2 y 13,3 en 1994, 1995 y 1996 respectivamente. Se observa el predominio de la enfermedad en las personas de 65 años y más y en la localización pulmonar, con una tasa total para este grupo de edad de 38,9 por 100.000 habitantes, 35,0 para la localización pulmonar y 3,9 para la extrapulmonar en 1996. En 1994 se revitalizaron las acciones del Programa de Prevención y Control. Actualmente se observa una mejoría en la detección y el diagnóstico en la mayoría de las provincias, que presentan una ligera disminución de la incidencia.

Lepra. Desde 1989 se produjo una reducción mantenida de la tasa de prevalencia de lepra, que en 1993 alcanzó valores inferiores a 1 por 10.000 habitantes. Durante 1994, la tasa de prevalencia fue de 0,7 y en 1995 descendió a 0,62 por 10.000 habitantes. En 1996 fue de 0,57, y puede considerarse que comienza a producirse una estabilización entre los casos nuevos detectados y los que concluyen el tratamiento. No obstante, al cierre de 1996, cuatro provincias, tres de ellas pertenecientes a la región oriental del país, presentan tasas superiores a 1 por 10.000 habitantes. Los indicadores para medir el nivel de transmisión muestran elementos que hablan de su lenta disminución; por sus niveles actuales, se puede pensar que la enfermedad ya no constituye un problema de salud pública.

Enfermedades transmitidas por vectores. No se han informado casos autóctonos de malaria en el período 1992–1996. En cuanto al dengue, no hubo transmisión autóctona entre octubre de 1981 y diciembre de 1996. Desde enero de 1997 se comunicaron casos de dengue en la región más oriental del país, en el municipio de Santiago de Cuba. Se confirmaron mediante pruebas serológicas 2.946 casos, de los que 205 presentaban el dengue hemorrágico. La morbilidad en niños fue muy baja y solo se registró un caso de dengue en su forma hemorrágica. Hubo 12 defunciones, todas en adultos. El serotipo 2 genotipo Jamaica se identificó como agente etiológico del brote. La transmisión se produjo con índices de infestación inferiores a 2%.

Zoonosis. La leptospirosis, que presentaba una tendencia ascendente desde 1986, alcanzó su incidencia más alta en 1994 (25,8 por 100.000 habitantes), año epidémico a partir

del cual se produjo un marcado descenso, producto de acciones de control y prevención de la enfermedad realizadas en todo el país. Las acciones emprendidas, dirigidas sobre todo a la protección de los grupos de riesgo, incluyeron la vacunación y la quimioprofilaxis, el saneamiento ambiental, el mejoramiento de la calidad del diagnóstico y la lucha antivectorial contra roedores. En 1996 se redujo la incidencia a 12,9 por 100.000 habitantes. Estas actividades se mantienen en la actualidad.

Después de un silencio epidemiológico de 10 años, sin casos de rabia humana, en 1988 se notificó la enfermedad. Desde esa fecha hasta 1995 se registraron seis casos mortales de rabia humana. En 1996 no se informó ningún caso. De los casos comunicados, cinco fueron transmitidos por murciélagos no hematófagos y uno, por gato salvaje. No hubo en el período brotes importantes de rabia canina. En 1996 se notificaron 30.202 personas mordidas por animales, fundamentalmente por perros.

Pediculosis y escabiosis. Desde mediados de 1994 se detectó un inusitado aumento de atenciones médicas por pediculosis y escabiosis. Esta situación se hizo más evidente en 1995, por lo que se estableció un Plan de Acción Emergente que comenzó a aplicarse en 1996. La estrategia básica estuvo dirigida al diagnóstico rápido y tratamiento adecuado, control de focos, búsqueda activa de casos, educación permanente y participación de la comunidad, así como al aseguramiento de una adecuada disponibilidad de medicamentos. En esta labor participaron varias instituciones y organismos, pero resultó decisivo el trabajo conjunto de los Ministerios de Educación y Salud Pública. Como resultado de este esfuerzo, y a pesar de un mejor sistema de diagnóstico y búsqueda activa, se logró reducir en más de 5% las atenciones médicas y en 23% los brotes por estas afecciones. La disminución fue más marcada en instituciones educacionales, donde se presentaba la mayor proporción de casos.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Desde los inicios del programa de detección seroepidemiológica en 1986 hasta el cierre del año 1996 se han detectado 1.468 personas infectadas por el VIH, de las cuales han enfermado 534 y han muerto 381. La distribución por sexo muestra un predominio en los hombres y, dentro de ellos, se observa una mayor proporción entre los que tienen una conducta homo-bisexual (65%). El grupo de edad de 15 a 19 años es el que presenta la mayor incidencia, seguido por el de 20 a 24 años. La mayoría de los casos adquirieron la infección en Cuba y poco más de 15% en el extranjero. En la detección activa según los grupos de estudio se destacan en primer lugar los contactos de seropositivos al VIH (33,7%), los enfermos de enfermedades de transmisión sexual (15%) y los reclusos (14,1%). La estrategia cubana de atención a este problema de salud abarca el estudio

de los grupos de mayor riesgo, el estudio epidemiológico de 100% de los casos, el análisis del ingreso hospitalario (al que se incorpora el sistema de atención ambulatoria desde 1993) y un amplio programa de educación para la salud a la población general.

Las tasas de notificación de las enfermedades de transmisión sexual presentan una tendencia ascendente, fundamentalmente la sífilis y la blenorragia, que en 1996 mostraron tasas de 143,7 y 368,7 por 100.000 habitantes respectivamente. En la actualidad se trabaja en el perfeccionamiento del programa de prevención y control, dirigido a mejorar las actividades de diagnóstico y notificación de casos, así como a realizar acciones educativas y de promoción de conductas sexuales sanas.

Síndromes neurológicos infecciosos. La enfermedad meningocócica continúa disminuyendo después del inicio de la vacunación en el país en 1986. En 1989 la tasa de incidencia fue de 3,8 por 100.000 habitantes, y en 1996 descendió a 0,5 por 100.000 habitantes. Otras meningoencefalitis bacterianas presentan niveles endémicos de morbilidad en el país. Las meningoencefalitis virales mostraron un aumento epidémico en 1995, que se extendió hasta los primeros meses de 1996. En las muestras estudiadas se identificaron tres tipos de enterovirus: Coxsackie A9, Echo 30 y Coxsackie B5.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

En los últimos 20 años se destaca la importancia relativa de las denominadas enfermedades no transmisibles y de las lesiones por violencia, que aportan las primeras causas de muerte para todas las edades. La mayor proporción de años potenciales de vida perdidos (APVP), en los grupos de 1 a 64 años, depende sobre todo de tres problemas: accidentes, tumores malignos y enfermedades del corazón, con tasas de 10,3, 7,3 y 5,5 por 1.000 habitantes respectivamente.

Enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en el país, con una tasa bruta de 205,9 por 100.000 habitantes en 1996, y aunque representa un incremento en comparación con 1989 (189,3 por 100.000 habitantes), la tendencia según tasas ajustadas por edad es descendente. El principal componente es el infarto agudo del miocardio, con una tasa de 112,7 (más de 50% del total de muertes por esta causa). El mayor riesgo de morir por enfermedades del corazón correspondió al sexo masculino, con una tasa de 222,2 en 1996, mientras que la tasa en el sexo femenino fue de 189,4 por 100.000 habitantes. Cuando se calcula la mortalidad por los seis grandes grupos de causas, estas enfermedades quedan incluidas en el

grupo de las del aparato circulatorio, cuyas mayores tasas se observan en el grupo de población de 65 años y más y en el de 40 a 64 años de edad, con tasas de 2.776,6 y 205,5 por 100.000 habitantes respectivamente.

Se observa una ligera sobremortalidad masculina, más evidente para la cardiopatía isquémica aguda, en la que el riesgo de morir por infarto agudo del miocardio es más alto para los hombres que para las mujeres (razón hombre/mujer: 1,3). La mayor cantidad de defunciones se produjo entre los mayores de 65 años, que aportan alrededor de 85% de las muertes por estas enfermedades.

La enfermedad cerebrovascular constituye la tercera causa de muerte desde hace varios años y en 1996 presentó una tasa bruta de 72,7 por 100.000 habitantes, superior a la registrada en 1989 (64,3 por 100.000). No obstante, la tendencia según tasas estandarizadas es descendente. En 1989 los hombres superaban a las mujeres según las tasas de mortalidad para ambos sexos, pero en 1996 la razón hombre/mujer fue de 0,9. El 79,5% de los muertos sobrepasan los 65 años de edad.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, la tensión arterial media de la población de Cuba, comparada con la de otros países, está en valores medios a bajos. De mantenerse o reducirse estos niveles, podría producirse una influencia benéfica en la población en el mediano y largo plazo, al disminuir las enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. La prevalencia de hipertensión arterial es similar a la de otros países, pero con cifras altas: 30,6%, es decir que uno de cada tres cubanos de 15 años o más es hipertenso. En la encuesta nacional de factores de riesgo realizada en 1995 se detectó 12% de nuevos hipertensos. Del total de enfermos conocidos solo se mantenían controlados 45,2% de los entrevistados.

Tumores malignos. En los últimos 26 años los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte para todos los grupos de edad. La tasa bruta se incrementó de 128,8 por 100.000 habitantes en 1990 a 137,3 por 100.000 habitantes en 1996; sin embargo, en la tasa ajustada se observa una reducción de 116,6 a 111,0 por 100.000 habitantes en los mismos años. Las defunciones por esta causa varían según el sexo; las tasas por 100.000 habitantes son de 156,1 para los varones y 118,3 para las mujeres. Los grupos de edades de 50 a 64 años y de 65 años y más presentan las mayores tasas. Las tasas de mortalidad ajustadas por estratos muestran predominio en la zona urbana, con tasas por 100.000 habitantes de 121,5, seguida por la zona rural-urbana (117,3) y la rural (94,5). Los APVP por 1.000 habitantes de 1 a 64 años mantienen límites entre 6,7 y 7,6 desde 1980 hasta 1996.

La incidencia de cáncer en todas las localizaciones disminuyó en el trienio 1992-1994, tanto en la tasa bruta como en la ajustada. Esta última varió de 176,8 en 1992 a 159,2 por 100.000 habitantes en 1994. La incidencia por sexo dismi-

nuyó, más marcadamente en las mujeres que presentaron tasas de 164,7 y 142,2 por 100.000 habitantes para 1992 y 1994. En los hombres las tasas variaron de 189,8 a 177,9 por 100.000 habitantes en los mismos años.

En el período 1985–1983, las cinco localizaciones más frecuentes fueron el pulmón, la próstata, la piel, la vejiga y el colon para los hombres, y la mama, la piel, el cuello del útero, el pulmón y el colon para las mujeres. Comparativamente, en los trienios 1988–1990 y 1991–1993 solo aumentaron las tasas ajustadas, el cáncer de colon entre los hombres (9,3 a 9,9 por 100.000 habitantes) y el cáncer de mama entre las mujeres (29,8 a 31,7 por 100.000 habitantes). Las tasas disminuyeron en las demás localizaciones.

En 1996, como parte del Programa de Atención Precoz del Cáncer Cervicouterino, se examinó a 1.023.913 mujeres de 20 años y más, es decir, una tasa de mujeres examinadas de 26,0%. El 88% de los casos positivos se detectaron en estadio 0 y 11% en estadio 1. La tasa de mortalidad aumentó de 6,2 por 100.000 habitantes en 1995 a 6,8 por 100.000 habitantes en 1996. La tasa de incidencia en el trienio 1991–1993 fue de 4,9 por 100.000 habitantes, similar a la del trienio anterior. El programa no ha producido los resultados esperados.

Las actividades preventivas evaluadas en la encuesta nacional de factores de riesgo efectuada en 1995 (la prueba citológica, el examen y el autoexamen mamario en la mujer y otros) reflejan un moderado nivel de realización. Entre las mujeres mayores de 30 años encuestadas, 26,6% había realizado un examen de mama en los últimos 12 meses. El 53,5% había practicado autoexamen mamario al menos en alguna ocasión.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma bronquial. Estas afecciones se ubican entre las principales causas de muerte en todas las edades. Afectan en forma similar a ambos sexos y fundamentalmente a los mayores de 55 años. En 1995 la tasa bruta de mortalidad por esas enfermedades fue de 22,4 por 100.000 habitantes, superior a la alcanzada en 1989 (16,7). El asma bronquial presenta una tendencia ascendente. En 1996 la tasa bruta de mortalidad por asma fue de 5,3 por 100.000 habitantes, superior a la de 4,4 de 1989 y similar a la de 5,4 de 1995. Se observa una sobremortalidad femenina por esta enfermedad, más pronunciada en los últimos tres años. En 1996, la tasa en el sexo masculino fue de 4,4 por 100.000 habitantes y en el femenino, de 6,1. Según los especialistas, en este comportamiento ha influido la mayor exposición de la mujer a factores ambientales nocivos (combustible doméstico), lo que agrava las crisis, unido a las dificultades para la atención médica y el control ambulatorio del paciente asmático en general. Actualmente se aplica un plan para revertir esa tendencia, previsto en el nuevo programa de atención y control de la enfermedad.

Accidentes. Los accidentes se mantienen como cuarta causa de muerte en todas las edades y primera en el grupo de 1 a 49 años, así como la principal causa de muerte prematura según APVP (10,0 por 100.000 habitantes de 1 a 64 años). La mortalidad por accidentes muestra una tendencia ligeramente ascendente de acuerdo con el análisis de las tasas ajustadas. El mayor peso corresponde a los accidentes de tráfico de vehículos de motor, con tasas de 19,7 por 10.000 habitantes en 1996. En este grupo, las muertes de ciclistas se han incrementado progresivamente entre 1990 y 1995. Se observa una marcada diferenciación por sexo, ya que los accidentes son mucho más frecuentes entre los hombres. Los más afectados son los varones de 40 años y más. En las mujeres la mortalidad por esta causa es mucho menor y las más afectadas son las de 20 a 29 años con 9,1 y de 70 años y más con 13,2. Las caídas accidentales son la causa de muerte más frecuente entre las mujeres, con tasas de 17,9 por 100.000 mujeres en 1992 y 19,9 en 1996, cifras muy por encima de la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico (8,0).

Diabetes mellitus. La diabetes mellitus constituyó la séptima causa de muerte para todas las edades en 1996, con una tasa de 23,4 por 100.000 habitantes. Es más frecuente entre las mujeres (tasa de 31,4 por 100.000 habitantes). En los hombres la tasa fue de 15,5 por 100.000 habitantes. Existe también diferencia por estrato urbano o rural, con tasas ajustadas de 22,2 y 13,4 por 100.000 habitantes respectivamente. Según el registro de atención de los médicos de familia, se calcula una prevalencia de 19,3 por 1.000 habitantes para el año 1996.

Suicidio. Las muertes por suicidio y lesiones autoinfligidas disminuyeron de 21,1 por 100.000 habitantes en 1992 a 18,2 en 1996. En el período 1981–1996, la mortalidad por suicidio fue mayor entre los hombres en todas las edades, excepto en el grupo de 10 a 19 años, en el que fue superior entre las mujeres.

Neuropatía epidémica. Un brote de neuropatía epidémica se ha registrado en Cuba desde mediados de 1992. La epidemia comenzó en la región occidental y se extendió por todo el país desde principios de 1993. De 1994 a 1996 la enfermedad mantuvo un comportamiento endémico, con un total acumulado de 54.640 casos al concluir el año 1996, y una tasa de 496,5 por 100.000 habitantes de los cuales 41,3% correspondieron a la forma óptica de la enfermedad. El patrón epidemiológico de edad, sexo y gravedad del daño según formas clínicas se mantiene sin variación. Predomina la forma clínica óptica en los hombres del grupo de 45 a 64 años de edad y la periférica en mujeres del grupo de 25 a 44 años. En el seguimiento del total de casos acumulados desde 1992, se evaluaron 47.994 pacientes (88,4% del total), y se dio el alta

clínica a 39.754 (82,8%); 8.729 pacientes presentaron secuelas (18,8% del total de los evaluados). Los pacientes con secuelas de la forma periférica han sido incorporados al Programa de Rehabilitación Comunitario, y los pacientes con secuelas de la forma óptica (baja visión) reciben servicios de rehabilitación en tres centros especialmente equipados y ubicados en las ciudades de Santiago de Cuba, Pinar del Río y La Habana. Se mantiene la respuesta de la enfermedad al tratamiento con vitaminas del complejo B, A y E y se está trabajando actualmente en una campaña nacional de promoción de dos complementos vitamínicos.

Salud oral. En 1996 se realizaron en el país más de 17 millones de consultas de estomatología, lo que representa un índice de 1,6 consultas por habitante. De ellas, más de 85% correspondió a estomatología general en la atención primaria. En el año, se examinó a 3.361.122 personas, 51,7% tenía menos de 15 años. Del total de examinados, 28,4% eran personas sanas; de los menores de 15 años estaban sanos 31,8%. El programa preventivo continúa desarrollándose a nivel nacional y en el año se realizaron 24.103.414 enjuagatorios de flúor a niños de 5 a 14 años y 1.324.971 aplicaciones de laca flúor a menores de 4 años. De los pacientes examinados, 1.922 resultaron positivos para cáncer oral.

Según los resultados de la Encuesta de Salud Bucal realizada en 1995, 43,6% de los niños de 5 y 6 años se encontraban libre de caries dental, mientras que en niños de 12 años el índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) es 1,86 superior a la meta propuesta para el año 2000.

Desastres naturales. El desastre natural más reciente ocurrió el 17 de octubre de 1996 y fue causado por el huracán Lili, que ocasionó graves daños económicos a viviendas y a la agricultura. Sin embargo, la preparación de la población y la evacuación preventiva de unas 200.000 personas logró evitar la pérdida de vidas humanas. Con el fin de perfeccionar el manejo de este tipo de situaciones, en junio de 1996 se creó un centro de medicina de desastres.

Trastornos del comportamiento. En 1995, el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, con la colaboración de la Oficina Nacional de Estadísticas, realizó la primera encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Se trata de una encuesta de hogares representativa de cada provincia del país y el municipio especial Isla de la Juventud. Se aplicó a la población urbana (75% de la población cubana) y a mayores de 15 años.

El trabajo sistemático de prevención y control del tabaquismo realizado desde 1985 logró detener la tendencia alista de la prevalencia y el consumo. En el quinquenio 1990-1995 el consumo de tabaco disminuyó. La prevalencia

actual de tabaquismo es de 36%. El porcentaje de hombres de 15 años y más que fuman regularmente es de 48,1% y el de mujeres, 26,3%.

La ingestión de bebidas alcohólicas se evaluó utilizando criterios de frecuencia y cantidad. Los resultados pueden considerarse aceptables en términos de población, puesto que 55% notificó no haber ingerido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses o haberlo hecho menos de cinco veces. No obstante, los hombres de 20 a 29 y 40 a 59 años constituyen grupos de mayor riesgo.

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. La situación nutricional evaluada mediante el índice de masa corporal resultó favorable comparada con la del año 1982, lo que se relaciona con los niveles de consumo per cápita aparente en el período 1992-1995, según datos de la Oficina Nacional de Estadísticas. Se detectó una mayor proporción de personas con deficiencia energética crónica y bajo peso entre los 20 y los 59 años, más pronunciada entre los mayores de 60 años. Existen niveles diferentes según las regiones del país. El exceso de peso y la obesidad son mayores en mujeres y tienden a aumentar con la edad.

El estado nutricional de los menores de 1 año y de los niños de 1 a 4 años según el indicador de peso para la talla se mantiene estable y similar al de años anteriores. En 1996, 1,8% de los niños menores de 1 año se ubicaron por debajo del tercer percentil. En el grupo de 1 a 4 años esa proporción fue de 0,8%. Desde 1996 se ha incorporado la evaluación de talla para la edad por medio de sitios centinelas, por considerarse necesario medir el efecto de la situación nutricional sobre el crecimiento lineal en estos grupos de edad.

La anemia por deficiencia de hierro es el problema nutricional más frecuente en Cuba. Afecta a más de 40% de las embarazadas en el tercer trimestre de la gestación, a alrededor de 50% de los lactantes entre los 6 y los 11 meses de edad, entre 40% y 50% de los niños de 1 a 3 años y entre 25% y 30% de las mujeres en edad fértil. Se trabaja en un proyecto para la fortificación de harina de trigo con hierro.

En 1995, el Instituto Nacional de Nutrición e Higiene de los Alimentos (INHA) realizó un estudio nacional sobre los niveles de ingesta de yodo por medio del análisis de excreción de yodo en orina en la población escolar. Los resultados demuestran deficiencias leves y moderadas en las zonas estudiadas, sobre todo en los municipios de relieve montañoso. De acuerdo con los criterios del Consejo Internacional para la Lucha contra los Trastornos por Carencia de Yodo (CILTICY), del UNICEF y de la OMS sobre deficiencia de yodo, las poblaciones de las regiones identificadas están expuestas a manifestaciones de deficiencias del micronutriente. Por esta razón, el Ministerio de la Industria Básica, en coordinación con el INHA, otras instituciones del Ministerio de Salud Pública y otros organismos del Estado, ha comenzado la producción de

sal yodada para garantizar los niveles de consumo necesarios.

En relación con la vitamina A, el consumo, detectado por medio del análisis de los datos de consumo aparente y de vigilancia alimentaria, resulta bajo. No se dispone de estudios nacionales sobre niveles séricos de ese nutriente, pero se trabaja en la fortificación de alimentos como medida preventiva. Los niveles de satisfacción de vitamina B y de niacina continúan siendo bajos.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En 1991, el Ministerio de Salud Pública elaboró el documento "Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000", en el que se definen metas y objetivos de salud hasta el año 2000 y en 1996 se identificaron cinco estrategias y cuatro programas prioritarios. Las estrategias son la reorientación del sistema de salud hacia la atención primaria y su pilar fundamental, el médico y la enfermera de familia; la revitalización de la atención hospitalaria; la reanimación del trabajo de los programas de tecnología de punta e institutos de investigación; el desarrollo del programa de medicamentos y medicina natural y tradicional, y la atención con énfasis en objetivos del sistema tales como estomatología, servicios de óptica y transporte sanitario. Los programas considerados prioritarios son el maternoinfantil, el de enfermedades crónicas no transmisibles, el de enfermedades transmisibles y el de atención del adulto mayor.

Como parte fundamental de las transformaciones del período revolucionario, el Gobierno ha venido realizando importantes reformas en su sistema de salud desde los años sesenta. Se puede afirmar que en Cuba la reforma sectorial más que un hecho eventual ha sido un proceso permanente. Los efectos sobre la situación de salud y sobre los servicios sanitarios causados por la crisis económica de los últimos años, los cambios en el contexto nacional y las transformaciones que lleva adelante el país desde 1989, el proceso de perfeccionamiento del Estado y las contradicciones propias del desarrollo del sistema de salud, son las razones fundamentales que justifican actualmente un nuevo momento de reforma del sector salud en Cuba.

El Ministerio de Salud Pública ha trazado una estrategia para dar respuesta a los problemas acumulados, emergentes y reemergentes. Se persigue incrementar la eficiencia y calidad de los servicios de salud, garantizar la sostenibilidad del sistema, especialmente en términos financieros y, aunque se ha alcanzado un alto nivel de equidad en salud, seguir estudiando y trabajando para eliminar pequeñas desigualdades reducibles en la situación de salud y en la utilización de los

servicios entre regiones y grupos de población. La estrategia privilegia las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en el marco del perfeccionamiento de la atención primaria y la medicina familiar, la descentralización, la intersectorialidad y la participación comunitaria, así como el mejoramiento de los servicios en el segundo y tercer nivel de atención.

El proceso de descentralización y la constitución de una estructura de gobierno hasta la base (Consejo Popular) han propiciado la participación activa de los sectores sociales en la gestión de salud en el nivel local. En 1995, y como producto de la política integradora para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, surgieron los Consejos de Salud a nivel nacional, provincial, municipal y de consejo popular, integrados por los diferentes sectores sociales y las organizaciones populares y dirigidos por un representante del Gobierno en cada nivel. Estos consejos han permitido concretar el trabajo intersectorial y aumentar la capacidad de participación social en la identificación y solución de los problemas de salud de la comunidad. El país, dentro del proceso de la "iniciativa de salud" dirigida a movilizar recursos nacionales e internacionales en apoyo a la reforma y modernización del sector, conformó el Plan Maestro de Inversiones, que resume por un lado los problemas fundamentales y las estrategias y acciones para afrontarlos y a la vez formula una serie de proyectos de inversión para resolverlos o mitigarlos.

Actualmente está en estudio el redimensionamiento del Sistema Nacional de Salud con el fin de lograr un mejor aprovechamiento de los recursos y las inversiones realizadas. Entre otros aspectos, se valora la reducción del número de camas hospitalarias y de instituciones docentes, así como de algunos productos de la industria farmacéutica.

Organización del sector salud

Características del Sistema Nacional de Salud

En Cuba el Estado asume totalmente la responsabilidad de la atención de la salud de sus ciudadanos. La salud se considera un componente principal de la calidad de vida y un objetivo estratégico en el desarrollo de la sociedad.

En 1983 el Parlamento aprobó la Ley de Salud Pública. En ella se establecen de manera general las acciones que debe desarrollar el Estado para la protección de los ciudadanos. La ley establece la forma de organización del sector y los servicios que le corresponde prestar al Estado por medio del Ministerio de Salud Pública como organismo rector, y fija las atribuciones de las direcciones de salud en las estructuras provinciales del Poder Popular. En ella se regula la garantía de la atención, el carácter social del ejercicio de la medicina, la orientación profiláctica en la prestación de los servicios, la

aplicación adecuada de la ciencia y la técnica, la prioridad de la atención materno-infantil, la atención ambulatoria y hospitalaria, la práctica de trasplantes de órganos y tejidos, la lucha antiepidémica, la inspección sanitaria estatal, la profilaxis higiénico-epidemiológica y la educación para la salud. La Ley de Salud Pública se complementa con otros cuerpos legislativos tales como la ley del medio ambiente, el decreto ley sobre las disposiciones sanitarias básicas, el decreto ley que reglamenta el control sanitario internacional y la ley de protección e higiene del trabajo y su reglamento.

No obstante el desarrollo alcanzado por el sector en los últimos años, la Ley de Salud Pública debe adecuarse a los nuevos factores y condicionantes que han modificado el entorno de la salud pública tanto en el plano interno como en el externo. Entre ellos se destacan la nueva estrategia de salud enfocada hacia la atención primaria que se concreta en el Programa del Médico y la Enfermera de Familia, el desarrollo de nuevos programas de incorporación de alta tecnología al sector y la necesidad de ajustar el Sistema Nacional de Salud a los cambios económicos que ocurren en el país, sin comprometer sus principios básicos.

Todo esto ha rebasado los límites de la Ley de Salud Pública y ha determinado la conveniencia de adoptar un nuevo marco jurídico más acorde con una concepción intersectorial y de participación comunitaria. La Comisión de Salud del Parlamento Cubano, juntamente con el Ministerio de Salud Pública, han iniciado desde 1995 el proceso de revisión de la legislación vigente.

Organización del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud se organiza en tres niveles: nacional, provincial y municipal, que se corresponden con la estructura administrativa del país. La Asamblea Nacional del Poder Popular (Parlamento) y las Asambleas Provinciales y Municipales cuentan para su funcionamiento con comisiones permanentes de trabajo. La Comisión Nacional de Salud comprende además las esferas de deporte y medio ambiente y asesora en estas materias a la dirección de la Asamblea Nacional y el Consejo de Estado. Los órganos de gobiernos locales en provincias y municipios tienen una comisión que aborda los aspectos de salud en ese nivel. En el Parlamento cubano, la Comisión de Salud, Deporte y Medio Ambiente es la encargada de ejercer el control y la más alta fiscalización sobre las instituciones de gobierno a cargo de estos sectores.

El nivel nacional del sector salud está representado por el Ministerio de Salud Pública, como órgano rector que cumple funciones metodológicas, normativas, de coordinación y de control. A él se adscriben los centros universitarios, los institutos de investigación y asistencia médica altamente especializados, la Unión de la Industria Médico-Farmacéutica y sus

laboratorios, las empresas distribuidoras y comercializadoras de equipos médicos, así como una empresa de comercio exterior importadora y exportadora de medicamentos y equipos tecnológicos médicos.

El nivel provincial está representado por las Direcciones Provinciales de Salud Pública, subordinadas administrativa y financieramente a los Consejos de la Administración Provincial del Poder Popular. Las principales unidades dependientes de los gobiernos provinciales son los hospitales provinciales e intermunicipales, los bancos de sangre, los centros provinciales de higiene y epidemiología, los centros formadores de profesionales y técnicos del nivel medio, y la red de farmacia y ópticas de venta a la población.

El nivel municipal está constituido por las Direcciones Municipales de Salud Pública, dependientes en el orden administrativo y financiero de los Consejos de la Administración Municipal del Poder Popular. Las unidades subordinadas son los policlínicos, los hospitales municipales, locales y rurales, las unidades y centros municipales de higiene y epidemiología, las clínicas estomatológicas y las instituciones de asistencia social a ancianos, a impedidos físicos y mentales y a hogares maternos entre otros. El eje central de la actividad municipal son los Consejos Populares, conjunto de pequeñas comunidades que forman un órgano de coordinación con determinadas facultades ejecutivas, concretando así la política en relación con la descentralización administrativa y la participación de la población en la toma de decisiones y en el Gobierno de la nación. Este eslabón trabaja en estrecha coordinación con el sistema municipal de salud.

Organización de las actividades de regulaciones sanitaria

Desde 1993 se comenzó a desarrollar en el país un sistema integrador de la vigilancia. Se crearon las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud desde el nivel nacional hasta el municipal. Estas unidades tienen el objetivo de integrar toda la información sobre control y vigilancia recogida en el contexto de cada programa, departamento, servicio o estrategia del sistema de salud. Al mismo tiempo, realizan estudios rápidos e investigaciones epidemiológicas relacionadas con los principales problemas de salud, llevan a cabo un análisis trimestral del cuadro de salud en cada nivel, y elaboran las tendencias y pronósticos a corto y mediano plazo. En el último año se ha incorporado el componente evaluativo.

El Buró Regulatorio para la Protección de la Salud, creado en 1996, es la institución oficial de máximo nivel en el país. Su misión es garantizar, junto con otras dependencias, el cumplimiento de los objetivos, funciones y atribuciones específicos aprobados en la legislación sobre el control y vigilancia sanitaria de todos los productos que puedan afectar a la salud humana; regular y controlar la aprobación, ejecución y evalua-

ción de las investigaciones biomédicas o de cualquier tipo que se realicen directamente en seres humanos, y ejercer la evaluación, el registro, la regulación y el control de los medicamentos de producción nacional y de importación, equipos médicos, material descartable y otros productos de uso médico.

En 1991 se estableció el Programa Nacional de Medicamentos, con objeto de lograr una utilización más racional de estos y mejorar la calidad de la asistencia. Este programa fue necesario por la escasez de medicamentos, producto de la caída de las importaciones derivada de las limitaciones económicas, y por la falta de control sobre las prescripciones, dispensación y circulación de fármacos, así como por la persistencia de automedicación y práctica de la "polifarmacia". En 1994 se reformuló el programa y se tomaron medidas para suministrar los medicamentos previa emisión de receta médica (algunas excepciones son los antipiréticos y analgésicos comunes y los anticonceptivos orales); controlar las prescripciones por médico según su especialidad; vincular la población a las unidades de distribución de su zona de residencia; fortalecer el trabajo de los comités farmacoterapéuticos y mantener las regulaciones de la distribución de productos de consumo prolongados o permanentes.

Especial atención ha recibido la revisión de la lista básica de medicamentos, que logró reducir a 343 los principios activos distribuidos en 29 grupos farmacológicos con 439 formas farmacéuticas. A ella se añaden los productos de la medicina tradicional y natural. El Centro de Control Estatal de Medicamentos se ocupa de asegurar la calidad de la producción de acuerdo con los requerimientos internacionales vigentes. Internacionalmente se reconoce su autoridad para evaluar y registrar medicamentos, recibir información, realizar inspecciones, analizar y divulgar productos del mercado, otorgar y quitar licencias de producción, así como suspender la circulación y venta de medicamentos cuando las circunstancias lo requieran.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. La estrategia de promoción de la salud en Cuba pone el acento en la planificación y ejecución de proyectos locales, la organización de la comunidad, la participación de todos los sectores productivos y no productivos y la voluntad política para su consecución y desarrollo.

La instrumentación de esta estrategia tiene su máxima expresión en el Movimiento de Municipios por la Salud, que intenta aunar los recursos locales para trabajar en pro de la salud, partiendo de un pronunciamiento político y articulando la participación de los diferentes sectores sociales y

comunidad de un territorio dado, lo que permite la coordinación de la voluntad política, técnica y comunitaria.

En 1989 se puso en marcha el "Proyecto Global de Promoción de Salud de Cienfuegos", que contó con la participación del gobierno de esa ciudad. El proyecto fue considerado por la Oficina Panamericana de la Salud como una experiencia innovadora en la Región. En diciembre de 1994 se creó la Red Nacional, con 28 municipios incorporados. A dos años de su creación la red comprendía 51 municipios. El Ministerio de Salud Pública y el Parlamento Cubano consideran que constituye un objetivo prioritario. El proyecto cuenta asimismo con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

Otro aspecto destacado de la promoción de la salud es el de la comunicación social, para la cual se cuenta con espacios especializados en la televisión y en la radio, tanto en la cadena nacional como en las emisoras locales. Se ha fortalecido la alianza con los profesionales de estos medios y se ha logrado que en cada uno de ellos existan comunicadores especializados. Todos los programas de salud tienen incorporado el componente de educación para la salud y para garantizar su efectividad se capacita sistemáticamente en metodología educativa a los profesionales de salud, y fundamentalmente a los de atención primaria. Se ha incrementado la producción de material educativo, si bien persisten dificultades que tienen que ver con la situación económica del país.

Agua potable. El potencial hidráulico del país, aunque no homogéneo en densidad en el territorio nacional, permite que los recursos aprovechables por regiones brinden cobertura de abastecimiento a la actividad doméstica, agropecuaria e industrial. Se cuenta con 1.200 m³ de agua por habitante por año para todos los usos. El 72% del agua suministrada a la población es de origen subterráneo y 28% proviene de fuentes superficiales. El 68,3% de la población (7,5 millones) se beneficia con servicio de acueducto, 89,3% en la zona urbana y 10,7% en la rural. El resto de la población es abastecida por otros medios (carros cisternas y otros), sobre todo en la zona rural. Sin embargo, la cantidad y calidad del abastecimiento de agua se han visto afectadas sustancialmente. En cuanto a la cantidad, el tiempo medio de servicio de agua a la población osciló en unas 13 horas, con diferencias importantes entre provincias, lo que incide negativamente en el saneamiento y en el control de vectores. La calidad se vio afectada por la falta de tratamiento debido a la insuficiente disponibilidad de cloro en sus diversas formas y sulfato de alúmina, así como a las frecuentes roturas de los equipos de cloración. Para restablecer la situación, desde 1994 se han tomado medidas tales como clorar alrededor de 50% de las instalaciones existentes y en los lugares de mayor riesgo se decidió que el médico familiar sería el encargado de proporcionar cloro en polvo a las familias. Por directiva del Gobierno central, en 1997 se beneficiará a 371 comunidades rurales con un total

de 119.838 habitantes, de las cuales 300 se abastecen actualmente por medio de carros cisternas, 63 requieren la potabilización del agua y las 8 restantes necesitan ampliación de los servicios.

Residuos líquidos. El control de residuos líquidos tiene una cobertura de 91% en el país y 34,2% de la población total se beneficia de alcantarillado; no obstante, todas las viviendas situadas en sectores sin alcantarillado que se concentran en las zonas rurales cuentan con sistemas individuales de recolección y tratamiento a través de fosas y letrinas. El control sanitario de excretas y residuos líquidos aún presenta problemas, las redes colectoras están sobrecargadas y en mal estado técnico, y siguen siendo frecuentes las obstrucciones y roturas en los sistemas, con el consiguiente desbordamiento. Todo ello aumenta el riesgo de contaminación de las redes de abastecimiento de agua potable. Las direcciones provinciales de acueducto y alcantarillado han adoptado medidas organizativas y de optimización de los recursos, pero los resultados obtenidos han sido insuficientes para resolver el problema.

Residuos sólidos. La situación de los desechos sólidos es similar a la de los líquidos. En este caso, se han visto afectadas la recolección y la disposición final debido a los problemas de transporte y de combustible ocurridos de 1992 en adelante. Esta situación ha traído como consecuencia la aparición de microvertederos, fundamentalmente en las ciudades. Se han buscado otras soluciones, tales como los carros de basura con tracción animal, la recolección de los vertederos y el control sanitario, pero resultaron insuficientes.

Para mejorar la situación higiénico-sanitaria, en 1994 se puso en marcha el plan integral de higienización, de alcance nacional, en el que participa la defensa civil. Se crearon equipos de trabajo de supervisión y control dirigidos a lograr un abastecimiento de agua suficiente en calidad y cantidad, correcto tratamiento y disposición final de residuos sólidos y líquidos, adecuada aplicación de las medidas de control de vectores e higienización de locales.

Prevención y control de la contaminación del aire. La contaminación atmosférica no constituye un problema de gran magnitud en Cuba. Algunas zonas, localizadas en ciudad de La Habana y otras, se ven afectadas por la actividad industrial: fábricas de cemento, termoeléctricas y químicas, y en menor medida por la utilización de combustibles domésticos. En los últimos años se ha producido un incremento de crudos y derivados del petróleo con altos contenidos de azufre, lo que ocasiona un aumento del potencial contaminante, con el consiguiente riesgo para la salud y otros efectos ecológicos y económicos. Como parte del sistema de vigilancia, la red nacional de monitoreo se ha visto seriamente afectada por la falta de recursos, ya que de 18 estacio-

nes solo operan 6, con irregularidades en la información. Los principales elementos del programa nacional de vigilancia de la contaminación atmosférica se dirigen a la identificación y control de los problemas de cada fuente emisora mediante la actualización de inventarios y la inspección e identificación de las zonas de mayor riesgo atmosférico, perfeccionando el sistema desde el nivel de atención primaria de salud, para la detección, evaluación y control de los factores ambientales.

Protección y control de los alimentos. Se ha trabajado para disminuir la cantidad y frecuencia de las enfermedades atribuibles al consumo de alimentos contaminados con gérmenes dañinos para la salud. Los estudios biológicos, químicos y toxicológicos, así como el fortalecimiento técnico y la eficacia de la inspección sanitaria estatal, fueron elementos trazados en los objetivos del programa. Se incorporó el análisis de riesgo y de puntos críticos de control, que matiza los enfoques científicos para la correlación de los problemas higiénico-epidemiológicos en los que se ha venido trabajando.

La red de laboratorio para la vigilancia de los alimentos cuenta con 14 centros provinciales de higiene y epidemiología y 33 centros municipales, los cuales se nutren con el muestreo que realizan las 136 unidades de higiene y las 470 áreas de salud, todas en función del sistema. El plan de muestreo se confeccionó teniendo en cuenta el riesgo que presentan los alimentos y los recursos existentes en cada provincia, y se realizaron actividades sanitarias en los centros con alimentos contaminados.

Programas de ayuda alimentaria. En 1993, el consumo de alimentos en Cuba experimentó una contracción de 30% con respecto a 1989. La disponibilidad de alimentos se situó en niveles por debajo de los requerimientos nutricionales de la canasta básica. En 1994 creció el consumo alimentario de los hogares en cerca de 6%, en especial por la mayor disponibilidad existente en el mercado agropecuario, la oferta de trabajadores por cuenta propia, las ventas en divisas en determinadas tiendas y la producción de alimentos en centros de trabajo y estudio para el autoconsumo. Todo ello, junto con el crecimiento de diferentes producciones agropecuarias, permitió el mejoramiento de la situación alimentaria en comparación con 1993, aunque persisten niveles de insatisfacción al respecto.

Los programas nacionales de inocuidad de los alimentos presentan tres direcciones básicas: 1) los que tienen como propósito esencial el seguimiento y evaluación del estado nutricional y de alimentación de la población y la adopción de medidas de salud preventivas o curativas acordes con las situaciones que se detectan, 2) los que pretenden incrementar la producción de alimentos, tanto en cantidad como en calidad y 3) los de política social, dirigidos a toda la población, a

los productos disponibles y a atender en especial a los grupos vulnerables en materia de alimentación y nutrición.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

El Sistema Nacional de Salud cuenta con una red de instituciones de fácil acceso que brinda cobertura a 100% de la población. En 1996 había un total de 66.263 camas de asistencia médica (6,0 por 1.000 habitantes) y 14.265 camas de asistencia social (1,3 camas por 1.000 habitantes). La asistencia médica se brinda a través de una red de 281 hospitales, 11 institutos de investigación, 442 policlínicos y un contingente de médicos de familia ubicados en la comunidad en centros laborales y educacionales. Existen, además, 164 puestos médicos, 209 hogares maternos, 26 bancos de sangre y 4 balnearios minero-medicinales. La atención estomatológica se brinda en 168 clínicas. La asistencia social dispone de 190 hogares de ancianos y 27 hogares de impedidos físicos para diferentes situaciones y edades. El 97% de la población cubana recibe los beneficios del Programa del Médico y la Enfermera de Familia.

La tendencia del ingreso hospitalario ha sido descendente en los últimos años, alcanzándose en 1996 la cifra de 1.419.895 ingresos (12,9 por 100.000 habitantes). Se realizaron 77.499.250 consultas médicas (7,0 consultas por habitante), de las cuales 57.563.213 (5,23 consultas por habitante) se ofrecieron en servicios de consulta externa y 19.936.037 (1,8 consultas por habitante) en servicios de urgencia. La relación consultas externas/urgencia fue de 2,9.

Los médicos de familia, cuyo número llegó a 28.350, lo que representa una cobertura nacional de 97%, realizaron 74% de las consultas externas. Se ampliaron los servicios de medicina tradicional y natural y de cirugía ambulatoria, y en 1996 aumentó el cuidado domiciliario, lo que refleja la creciente participación del nuevo modelo de atención ambulatoria.

Se reactivaron y pusieron en funcionamiento más de 100 salas de operaciones que estaban cerradas por causas materiales y se recuperó paulatinamente el nivel de operaciones quirúrgicas: el número de intervenciones, que había descendido de 777.737 en 1990 a 598.329 en 1995, alcanzó en 1996 las 811.895.

Se perfeccionó el sistema integrado de urgencias en todas las provincias del país. En los servicios de atención primaria funcionan ya 33 subsistemas de urgencia y 18 están en fase de implantación. Se busca reducir así la letalidad en estos servicios y la mortalidad hospitalaria en los servicios de cuidados mínimos, de manera que los servicios de atención al enfermo grave brinden la cobertura adecuada. Además, se puso en marcha el sistema de emergencia médica en todas las provincias y en el municipio especial Isla de la Juventud. De acuerdo con las evaluaciones, este sistema demostró su eficacia al reducir en

40% como promedio la morbilidad en el nivel de los cuerpos de guardia de los hospitales.

El índice de consultas estomatológicas por habitante de 1996 (1,6) fue superior al obtenido en los años precedentes de la década del noventa. Ello indica una recuperación de este indicador en cuanto a la utilización de los servicios estomatológicos por la población.

El Programa Nacional de Prevención, Atención y Rehabilitación tiene por objeto disminuir la frecuencia de discapacidades o minusvalías mediante la creación de una estructura de rehabilitación de base comunitaria cuyos ejes son el médico y la enfermera de familia, que detectan los riesgos o enfermedades discapacitantes. Para este trabajo, cuentan con el apoyo de un grupo multidisciplinario del que forman parte fisiatras, psicólogos, trabajadores sociales y técnicos en fisioterapia y cultura física.

Los servicios de salud mental se orientan no solo hacia los aspectos biomédicos, sino hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades mentales y la rehabilitación social. Los hospitales pediátricos prestan servicios de psiquiatría infantil. La atención ambulatoria del adulto se ofrece en todos los policlínicos del país. Para atender esta red, hay 981 psiquiatras, 173 de los cuales se han especializado en psiquiatría infantil. También se cuenta con unos 800 psicólogos. Entre los objetivos inmediatos figura aumentar la resolutivez del nivel primario de salud y disminuir la hospitalización del paciente psiquiátrico, facilitando la reinserción social de los de larga evolución.

Cuba se encuentra entre los cuatro países con población más envejecida de América Latina y el Caribe (12,7% de población tiene 60 años o más), y las proyecciones para los años 2000 y 2025 son de 14% y 21% respectivamente. Esto obliga a aumentar y adecuar la capacidad operativa del sistema de atención del adulto mayor, con el objeto de mantener el mayor tiempo posible la vitalidad de este importante grupo, evitando las hospitalizaciones y enfermedades. Con este fin, en 1996 se reestructuró el Programa de Atención al Adulto Mayor, que tiene tres subprogramas: el comunitario, el de instituciones sociales (hogares de ancianos) y el hospitalario. Estos programas buscan elevar el nivel de salud disminuyendo así la morbilidad, las complicaciones y las secuelas.

Recursos humanos

En 1996 había 60.129 médicos registrados, es decir 54,6 por 10.000 habitantes, 9.600 estomatólogos (8,7 por 10.000 habitantes) y el número total del personal de enfermería era 76.013 (69,1 por 10.000 habitantes), 12.716 (16,7%) con nivel universitario. Desde 1990 disminuyó el ingreso de personal de nivel medio, aunque continuarán graduándose en todo el período para satisfacer los planes de desarrollo, en especial las

crecientes demandas de la atención primaria. En el período 1992–1994 las adversidades económicas se reflejaron en los recursos humanos, y a fines de 1993 se observó la disminución de los técnicos medios, en especial de enfermería. Desde 1995, la recuperación económica ha permitido que este personal tenga mayor estabilidad. En cuanto a la formación de especialistas de nivel superior para la salud pública, se continuó aplicando la política diseñada en los años noventa, que apunta a mantener la reducción de las carreras de medicina y estomatología y estabilizar los ingresos a la licenciatura en enfermería. El total de técnicos medios en 1996 fue de 192.781. La matrícula para la formación de este personal ha experimentado una reducción paulatina en los últimos años debido a la satisfacción alcanzada en la red de instituciones del país.

Insumos para la salud

Cuba se vio afectada por una profunda crisis económica en momentos en que realizaba un importante programa de inversiones para el desarrollo de su industria médico-farmacéutica. No obstante, después de 1993, año en que la crisis alcanzó su punto máximo, comenzó un período de recuperación sobre todo en la producción de medicamentos para el consumo nacional. La producción total de medicamentos mantuvo niveles similares en el período, excepto en el año 1993, cuando descendió considerablemente. El consumo nacional se incrementó en 13,2%. La producción de inmunológicos y reactivos tuvo un crecimiento importante en el período. La comercialización se orientó hacia la satisfacción de las necesidades de la población a través del apoyo a los programas prioritarios del Ministerio de Salud Pública.

Financiamiento del Sistema Nacional de Salud

El sistema de salud de Cuba se financia con el presupuesto estatal, cuyo propósito es garantizar, por una parte, los objetivos de desarrollo previsto, y por otra, una mayor eficiencia en la provisión de los recursos necesarios. La población cuenta con servicios gratuitos de prevención, curación y rehabilitación que abarcan desde la atención primaria, médica y estomatológica hasta la asistencia hospitalaria que requiere las más complejas tecnologías médicas. También son gratuitas las investigaciones diagnósticas y los medicamentos para las embarazadas y para los pacientes ambulatorios comprendidos en ciertos programas.

Los gastos que absorbe la economía familiar son los medicamentos prescritos a pacientes ambulatorios, las prótesis auditivas, estomatológicas y ortopédicas, las sillas de rueda, muletas y artículos similares, además de lentes. En todos los casos, los precios son bajos y están subsidiados por el Estado.

Las personas de bajos ingresos reciben ayuda monetaria y artículos, incluidos prótesis y medicamentos.

A pesar de la difícil situación económica del país en los últimos años, los gastos en salud pública se han incrementado sostenidamente como reflejo de la voluntad política de mantener los logros alcanzados en esta esfera. En 1994 este gasto, que incluye los gastos corrientes en salud de todos los organismos del país, ascendió a 1.061,1 millones de pesos, 17% superior al de 1989. Este incremento absoluto va acompañado de un aumento relativo del gasto en salud pública como parte del PIB, del gasto total y del gasto público. En 1994, el gasto en salud pública representó 7,8% del PIB, 7,5% del gasto total y 14,6% del gasto público.

En el período 1992–1996 se produjo, sin embargo, una sensible disminución del gasto en inversiones, que en 1994 representó solo 3,1% del gasto total. Pero esta situación no produjo serios daños al sistema de salud debido a que en el decenio de 1980 se habían realizado fuertes inversiones en el sector.

En cuanto a la estructura del gasto corriente, alrededor de 60% se asigna al pago de salarios, cifra que en su magnitud absoluta tiende a crecer como consecuencia de la incorporación de nuevos profesionales y técnicos al sector.

A inicios del decenio de 1990 se gastaban 141,1 millones de pesos en medicamentos, cantidad que descendió a 123,8 millones en 1994. La cantidad mencionada en 1994 no considera unos 60 millones de pesos empleados en complementos vitamínicos proporcionados en forma gratuita a la población para controlar la epidemia de neuropatía que afectó al país en el período 1992–1996. En 1995 se manifestó una recuperación de los gastos en medicamentos (135,3 millones de pesos), cifra aún precaria considerando las necesidades del sistema.

Por otro lado, entre 1990 y 1994 se manifiesta una reducción de los gastos de atención hospitalaria y un incremento de los destinados a la atención primaria. En 1994, 36% de los gastos corrientes correspondió a atención primaria y 45% a atención hospitalaria, en comparación con 32% y 52,7%, respectivamente, en 1990.

El factor decisivo para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud es el financiamiento en divisas al sector. Desde 1993, toda importación de suministros que realiza el Ministerio de Salud Pública debe hacerse con el presupuesto en divisas que el Estado le asigna.

En 1989 el gasto en divisas del sector salud fue de US\$ 227,3 millones, en 1994 solo se contó con US\$ 90,1 millones y en 1996, si bien se elevó a US\$ 126,5 millones, resultó insuficiente para cubrir las necesidades. Esta grave reducción del financiamiento en divisas afectó seriamente los suministros. Por ejemplo, la producción de medicamentos por parte de la industria farmacéutica nacional tuvo una reducción de más de una tercera parte entre 1990 y 1993. Se han visto afectados, entre otros rubros, el material médico descartable utili-

zado en las unidades asistenciales y en procedimientos diagnósticos, así como los servicios de ópticas y estomatológicos.

Cuba ha recibido escasa contribución externa para mantener la vitalidad de su sistema de salud debido a que el acceso a las fuentes tradicionales de financiamiento es severamente bloqueado por los Estados Unidos de América. La ayuda humanitaria que ha recibido el país asciende a unos US\$ 20 millones anuales. En los últimos años se han identificado y desarrollado diferentes modalidades de captación de divisas directamente por y para el sector.

Cooperación técnica

En términos de cooperación multilateral, Cuba ha concertado acuerdos con organismos de Naciones Unidas especializados en salud: OPS/OMS, Fondo de las Naciones Unidas para

la Infancia (UNICEF), Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), PNUAP y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Desde 1989, esta colaboración ha cumplido un papel muy importante ya que además de obtener los beneficios de país miembro, Cuba ha fortalecido sus relaciones con instituciones de excelencia y ha podido divulgar logros y tecnologías. Asimismo, se han podido incorporar expertos cubanos al trabajo en estos organismos. La colaboración se ha orientado hacia el desarrollo de recursos humanos, la planificación familiar, el desarrollo de la industria farmacéutica, las investigaciones sobre diversos problemas de salud, la obtención de vacunas y las actividades educativas.

Cuba ha contado con la colaboración de Canadá, Chile, España, Francia, Italia, México y Suecia en proyectos de formación de recursos humanos e investigación y en el suministro de insumos.

DOMINICA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La Comunidad de Dominica se independizó de Gran Bretaña en 1978. Es la más extensa de las Islas de Barlovento y está situada entre los territorios franceses de Martinica y Guadalupe. Tiene una extensión de 790 km², su suelo es de origen volcánico y su topografía es la más montañosa de la Comunidad del Caribe. La isla tiene bosques exuberantes y abundancia de ríos.

Dominica se divide en 10 regiones o condados. El más poblado es el Condado de St. George, donde se encuentra Roseau, la capital. Según el informe del Censo de Población y Vivienda de 1991, St. George tenía 20.365 habitantes, o sea 28,6% de la población total del país.

Dominica es el único territorio del Caribe Oriental con una población caribe autóctona, estimada en cerca de 2.000 personas. El pueblo caribe se concentra sobre todo en una reserva de unas 1.200 hectáreas que se extienden por 13 km a lo largo de la costa oriental y hacia las cadenas montañosas que la bordean.

Dominica tiene una antigua tradición democrática de cambio de gobierno por medio de elecciones; las celebradas en junio de 1995 marcaron el primer cambio de gobierno en 15 años. El Primer Ministro es el jefe de Gobierno y el Presidente, el jefe de Estado. El Parlamento es el órgano gubernamental encargado del debate y de la promulgación de las leyes.

En la presentación del presupuesto durante la toma de posesión del mando en 1995, la nueva dirección política recalcó su compromiso de estimular la decadente economía nacional y enunció su visión de crecimiento sostenido y equilibrado en los sectores de agricultura, industria, turismo y servicios. Por medio de una serie de consultas nacionales, el Gobierno ha logrado sondear la opinión de todos los interesados a fin de formular una estrategia para la reforma del desarrollo socioeconómico.

El Parlamento aprobó hace poco una resolución para reformar el sistema de prestación de servicios de atención de salud. En particular, las reformas introducirían un programa nacional de seguro médico y aumentarían las tarifas cobradas a los usuarios como una forma de mejorar los servicios locales de atención de salud y hacer que el sistema sea más eficiente, sin discriminar a quienes no puedan pagar los servicios.

Se ha dicho siempre que la economía de Dominica es pequeña, abierta y especialmente vulnerable a los choques externos. Entre 1992 y 1995, el producto interno bruto (PIB) aumentó en términos reales a una tasa media anual de solo 2,1%. En comparación, durante el período 1986–1990 el PIB aumentó a una tasa media anual de 5,6%. Ese deterioro de la economía se debió en gran medida al rendimiento deficiente de la industria bananera, que domina la producción agrícola: las exportaciones de banano se redujeron 30,9% entre 1994 y 1995.

El sector de crecimiento más acelerado de la economía fue el de comunicaciones, que registró un crecimiento real de 12,0% y aportó 8,8% al PIB en 1995. La expansión real en el sector de comunicaciones va seguida muy de cerca por aumentos en los sectores de banca y seguro y de construcción, en ese orden. Sin embargo, en lo que respecta al aporte general al PIB, los sectores predominantes han sido los de agricultura (pese a haber registrado un crecimiento negativo en cada uno de los últimos tres años), servicios públicos, comercio al por mayor y al por menor, y banca y seguro, en ese orden.

El PIB real per cápita de Dominica aumentó de US\$ 2.000 en 1992 a \$2.047 en 1995 (un aumento de 2,4% en el período). Esto representa un deterioro económico en comparación con el período de 1988–1991, que mostró un aumento de 8,1%.

La encuesta de evaluación de la pobreza realizada en Dominica en 1995 mostró que 27% de las familias viven en la pobreza y no pueden atender debidamente sus necesidades básicas, incluidas las nutricionales. La evaluación permitió determinar que, pese a las grandes mejoras de ciertas condiciones de vida, tales como acceso al agua, al saneamiento, a la electricidad, a los servicios de atención de salud y a la educa-

ción, y la disponibilidad de la televisión, “había mucha pobreza y una intensificación de esta y de la vulnerabilidad”.

La tasa de desempleo en Dominica se ha estimado oficialmente en 9,9% al emplear como base de análisis el Censo de Vivienda y Población de 1991. Eso representa una mejora significativa en comparación con la cifra de 18,6% notificada en 1981.

No existe una política de educación obligatoria. Sin embargo, tanto los hombres como las mujeres han tenido siempre un índice de matrícula escolar relativamente alto. Por ejemplo, en 1993 (el último año sobre el que existen datos completos), 91,6% del grupo de 5 a 19 años de edad estaba matriculado en el sistema escolar, porcentaje que ha sido más o menos constante en el último decenio. El grado de escolaridad alcanzado por la población se divide de la manera siguiente: 67,1% terminó la educación primaria, 15% la secundaria y postsecundaria y 1,75% llegó a la universidad o terminó un programa de educación y capacitación superior.

En el informe del censo de 1991 se observó también que, aunque la población de 15 a 19 años era de 7.756 habitantes, solo 2.798 (36,0%) estaban matriculados en el sistema escolar, lo que se debe sobre todo al limitado número de cupos disponibles en el nivel secundario. Por ende, casi dos tercios de la población termina su educación formal en el nivel de la escuela primaria, aproximadamente a los 15 años de edad. El informe indicó que 10,5% de la población adulta no tenía educación formal y, por tanto, podría considerarse analfabeta funcional. Ese analfabetismo está igualmente distribuido entre los sexos.

El total de familias era de 17.310 en 1980 y de 19.374 en 1991, un aumento de 16,5% en el período comprendido entre los dos últimos años del censo. La mayoría de esas familias ocupaban su propia vivienda (72,0%) y 19,2% la tomaban en alquiler de particulares. En 1991, 5,1% de las familias tenían una sola habitación, 31,4%, dos habitaciones, 22,4%, tres, 23,4%, cuatro y el resto, cinco o más.

En el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 se empadronó a 12.231 familias, de las cuales 63,1% eran encabezadas por hombres y 36,9% por mujeres. No hay datos sobre el número de familias de padres solteros, pero se puede suponer sin temor a equivocarse que la vasta mayoría de las familias encabezadas por mujeres son hogares de madres solteras.

Dominica se caracteriza por su gran versatilidad en la producción agrícola para consumo local y exportación. En lo que respecta a volumen, los principales cultivos producidos desde 1992 han sido el banano, las frutas cítricas, el coco y las raíces alimentarias, en ese orden. En conjunto estos representan 20,3% del PIB. Aun así, Dominica no es autosuficiente en la producción de alimentos, especialmente de los ricos en proteínas. Esto está demostrado por el hecho de que las im-

portaciones de carne y sus derivados, de leche y queso, y de pescado y sus derivados ascienden a más de US\$ 7,4 millones anuales (2% del PIB). Esta es una de las áreas que se tendrá muy en cuenta dentro de los esfuerzos de diversificación agrícola en el ámbito nacional.

El Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 mostró una cifra final revisada de 71.373 habitantes, o sea una reducción de 2.420 habitantes (3,3%) desde el censo de 1980. Esta baja se ha debido sobre todo a la emigración, que ha sido una característica demográfica de Dominica desde 1960. En las ciudades de Roseau y Portsmouth se concentra una población de 15.853 y 4.644 habitantes, respectivamente, y el resto está dispersa en aldeas rurales.

La Oficina Central de Estadísticas ha estimado que la población era de 74.707 habitantes a fines de 1995, y que el grupo de los hombres (52,3%) ligeramente más numeroso que el de las mujeres (47,7%). La población es relativamente joven: 40% es menor de 15 años. La Oficina Central de Estadísticas estimó que a mediados de 1992 y de 1995 había 71.892 y 74.729 habitantes, respectivamente.

Durante el período 1983–1989, la emigración produjo un crecimiento negativo de la población. La fuga tuvo su máximo efecto en 1989 cuando la emigración neta arrojó un déficit de 2.355 habitantes. Desde 1992 se ha desacelerado la emigración y en 1994 se observó una tasa neta positiva de 479, único acontecimiento de esa índole en más de 20 años. En 1995 se registró también un déficit de 960. Los puntos de destino más populares son ahora las Islas Vírgenes Estadounidenses, las Islas Vírgenes Británicas y los territorios franceses de Guadalupe y Martinica.

En 1991 se notificó una tasa total de fecundidad de 3,0 niños por mujer, lo que representa una baja en relación con la cifra de 4,2 registrada en 1981. Según las proyecciones, la cifra correspondiente a 1995 es de 2,9. El grupo de 25 a 29 años de edad presenta la máxima tasa de reproducción, con una tasa de fecundidad específica por edad de 141,4 por 1.000 mujeres; le siguen el grupo de 20 a 24 años (129,7) y el de menores de 20 años (114,6). La edad media para la maternidad es de 26,8 años. La tasa bruta de natalidad se redujo de 25,5 por 1.000 habitantes en 1992 (1.835 nacidos vivos) a 20,1 en 1995 (1.501 nacidos vivos), con una tasa de 22,8 para el cuatrienio. No hay subregistro de nacimientos.

La tasa bruta de mortalidad en el período 1992–1995 fue de 7,6 por 1.000 habitantes, con tasas anuales de 7,9 en 1992 (566 defunciones), 7,7 en 1993 (562 defunciones), 7,2 en 1994 (529 defunciones) y 7,8 en 1995 (584 defunciones). No hay subregistro de defunciones.

Durante 1992–1993, las tasas de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos fueron de 14,2 en 1992 y 1993 (26 defunciones de lactantes en 1992 y 25 en 1993), 22,5 en 1994 (36 defunciones de lactantes) y 16,0 en 1995 (24 defunciones), con una tasa de 16,5 en todo el período. El alto valor de 22,5

registrado en 1994 se debió a una reducción del número de nacidos vivos (1.599 ese año, en comparación con 1.757 en 1993), concomitante con un aumento del número de defunciones de lactantes.

La esperanza de vida al nacer para ambos sexos, en conjunto, se calculó en 67,8 años en el período 1990–1995 (hombres, 64,1 años; mujeres, 71,4), un aumento de 1,1 años en relación con la edad estimada de 66,7 años (hombres, 63,5 años; mujeres, 69,8) en el período 1985–1990. Se prevé que durante el período 1995–2000 la esperanza de vida llegará a 68,8 años (hombres, 64,8 años; mujeres, 72,8). Esas estimaciones y proyecciones fueron preparadas por la Unidad de Demografía de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, en Trinidad y Tabago.

Mortalidad

Durante el período de 1991–1994 hubo 2.175 defunciones, de las cuales 12,3% se atribuyeron a causas mal definidas. De las 1.907 defunciones restantes por causas definidas, 717 (37,6%) se atribuyeron a enfermedades del sistema circulatorio. Dentro de este grupo de causas, las enfermedades hipertensivas (CIE-9, 401–405) y las enfermedades del corazón (415–429) fueron las más importantes y causaron 296 y 269 defunciones, respectivamente. Se atribuyó un total de 381 defunciones (20,0%) por causas definidas a tumores; 130 (6,8%) a causas externas, y 123 (6,4%) a enfermedades transmisibles.

Un análisis de la distribución por sexo de las defunciones en el grupo de causas predominantes de enfermedades del aparato circulatorio indica que las mujeres (437 defunciones) se vieron mucho más afectadas que los hombres (280 defunciones). Sin embargo, hubo una distribución bastante equitativa de los tumores entre los sexos y se registraron 183 defunciones de mujeres y 198 de hombres. Las causas externas afectaron a los hombres mucho más que a las mujeres, con 112 y 18 defunciones, respectivamente.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

En el Plan Nacional del Sector Salud 1995–1999 se señala a los niños de 0 a 5 años como uno de los grupos prioritarios. De hecho, esa cohorte se ha escogido como blanco de atención especial en cada uno de los principales documentos de política de salud desde 1980. No es sorprendente que la atención de salud infantil haya mejorado mucho con el tiempo.

Los programas de atención prenatal siguen normas prescritas. Además, se dispone de instalaciones adecuadas y personal capacitado para realizar un programa de atención intranatal; hay dispensarios de salud infantil para el cuidado permanente de niños pequeños y la vigilancia de los lactantes expuestos a alto riesgo, y se ofrecen programas de promoción de la salud a los padres y guardianes.

Gracias a un dinámico programa ampliado de inmunización realizado por medio de establecimientos de salud públicos y privados, la cobertura de los lactantes ha llegado a 100%. Aparte del sarampión, las enfermedades inmunoprevenibles han desaparecido de las estadísticas de morbilidad de Dominica. El número de casos notificados de sarampión ha sido mínimo y entre 1992 y 1995 se registraron de 1 a 2 casos anuales.

La desnutrición de los niños pequeños (de 0 a 59 meses), determinada con los criterios de peso para la edad propuestos en la ficha de crecimiento del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), ha sido sumamente baja desde 1991 y se ha mantenido invariable en un promedio anual de 1,4%. En realidad, en 1995 no se notificaron casos de desnutrición grave. Por otra parte, la obesidad ha aumentado hasta 8,7% y puede ser motivo de preocupación en el futuro.

Casi todos los recién nacidos en Dominica pesan al menos 2.500 g al nacer; aun así, un promedio anual cercano a 7% de los niños pesa menos de 2.500 g al nacer. El número y porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer en cada uno de los años comprendidos entre 1992 y 1995 fue de 138 (7,5%), 97 (5,5%), 108 (6,7%) y 108 (7,1%), respectivamente.

Las principales causas notificadas de mortalidad de los niños menores de 5 años fueron la prematuridad, las anomalías congénitas y el síndrome de dificultad respiratoria. En este grupo de edad ocurrió un promedio anual de 32 defunciones entre 1992 y 1995, con una tasa promedio anual de defunciones específicas por edad de 2,8.

La salud del adolescente

El grupo de edad de los adolescentes suele ser muy sano en Dominica, con excepción de la incidencia del embarazo y de enfermedades de transmisión sexual, incluido el sida. Contrario a la creencia popular, el embarazo en las adolescentes no es un fenómeno nuevo ni que empeora. En realidad, el número de niños dados a luz por adolescentes se redujo de 20% del total en 1992 a 14,2% en 1995, el mínimo registrado.

En 1994 se notificó un total de 399 casos de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas sífilis, gonorrea y VIH/sida; puesto que no se dispone de datos por grupos de edad, no se puede hacer ninguna declaración informada sobre la incidencia y prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en este grupo de edad.

La salud de la mujer

Las mujeres en edad de procrear (de 15 a 44 años de edad) se han señalado como uno de los grupos vulnerables en el Plan Nacional del Sector Salud 1995–1999. Como resultado, se han institucionalizado varios programas especializados de atención prenatal y posnatal y servicios de planificación familiar.

Las mujeres embarazadas tienen acceso universal a la atención en Dominica, que se presta por medio de una generosa distribución de dispensarios y centros de salud. Sin embargo, solo 540 de las mujeres a quienes se prestó atención prenatal en los centros de salud en 1995 fueron atendidas en la decimosexta semana de embarazo (36% de un total de 1.501 nacimientos), cifra inferior a los niveles recomendados en el protocolo de salud materno-infantil. En 1994 se habían atendido 518 mujeres en la decimosexta semana (32,3% de 1.599 nacimientos), en 1993, 531 (30,2% de 1.757) y en 1992, 640 (34,8% de 1.835). Esa estadística debe interpretarse con cuidado, puesto que existe un número importante pero desconocido de mujeres embarazadas de Dominica que hacen su primera consulta prenatal a médicos particulares y no a los del sector público de salud. Alrededor de 70% de los partos se atienden en el Hospital Princess Margaret y, el resto, en el hogar o en un centro de salud.

Según los registros, el número de mujeres en edad de procrear que usan actualmente métodos de planificación familiar aumentó de 5.578 (38% de las mujeres de 15 a 44 años de edad) en 1992 a 5.739 (44%) en 1995. En 1992 y 1995 acudieron a los centros de salud pública 62% y 66% de las usuarias actuales, respectivamente; estas son las cifras consolidadas de los centros de salud pública y de la Asociación de Planificación Familiar de Dominica, una organización no gubernamental. Los métodos más populares en 1995 fueron los anti-conceptivos orales (58%) e inyectables (34%).

En el período 1992–1995 se registró un total de tres defunciones relacionadas con complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio (CIE-9, 630–676). Aunque ese número es mínimo, la meta de una tasa de mortalidad materna de 0 solo se alcanzó en 1993.

La salud del adulto mayor

Los adultos mayores (personas de 60 años y más) representaron 9,8% de la población de Dominica a fines de 1995; 73,2% de todas las defunciones ocurrieron en ese grupo de edad. En los patrones de morbilidad y mortalidad de Dominica influyen mucho varias afecciones comunes de los ancianos, particularmente las enfermedades hipertensivas, las enfermedades del corazón, los tumores malignos, los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades endocrinas y del metabolismo.

No hay programas especializados de atención de salud para los adultos mayores, pero ellos están exentos del pago de los servicios de salud en todos los niveles. También se benefician de las consultas clínicas regulares para hipertensión y diabetes realizadas en toda la isla.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. La única enfermedad transmitida por vectores de importancia en Dominica es el dengue. Después de un período relativamente calmado en 1994, durante el que se confirmaron solo tres casos, ocurrió una epidemia en 1995, cuando se notificaron 148 casos confirmados en el laboratorio. Se han identificado como agentes causales los serotipos 1 y 2 del dengue. El total de casos confirmados en el laboratorio y diagnosticados clínicamente alcanzó a 297 en 1995; cuatro de ellos se confirmaron como dengue hemorrágico. La continua endemidad del dengue se debe a la alta prevalencia del mosquito *Aedes aegypti*. En 1995 se notificó que el índice de infestación de viviendas por el vector era de 15,42% y el índice estimado de Breteau, de 30%.

Enfermedades infecciosas intestinales. En 1994 la gastroenteritis (395 casos en niños menores de 5 años), la fiebre tifoidea (8 casos), la disentería (7 casos) y la tuberculosis (11 casos) fueron las enfermedades infecciosas más comunes. Cabe recalcar que las tres afecciones principales guardan relación con la contaminación fecal y los hábitos de higiene personal.

Enfermedades crónicas transmisibles. La tuberculosis sigue siendo motivo de preocupación para la salud pública y se ha preparado un conjunto de protocolos para la búsqueda de casos y de contactos y la administración del tratamiento. No se ha establecido relación alguna entre la incidencia de la enfermedad y la presencia del sida.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Es elevada la subnotificación de enfermedades de transmisión sexual. Por ejemplo, en 1994 hubo 307 casos de sífilis confirmados en el laboratorio y solo se notificaron 36 casos de infecciones gonocócicas. Los expertos locales opinan que la notificación de las enfermedades de transmisión sexual no es muy fidedigna.

Entre 1992 y 1995 se notificó un total de 53 nuevos casos de sida. Casi todos (54%) ocurrieron en el grupo de 20 a 29 años de edad, con una razón hombre/mujer de 3:1. Se ha establecido un programa continuo de exámenes de detección, vigilancia, educación y orientación sobre el VIH.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Tumores malignos. Los tumores ocasionaron 20,0% de las defunciones por causas definidas en Dominica en el período 1991–1994. Se localizan principalmente (según lo demostrado por las confirmaciones de los análisis de patología y no por las causas de defunción registradas) en la mama (112 de un total de 439 casos confirmados en el laboratorio), el cuello uterino (78), el estómago (65) y la piel (49). Se ha notificado una incidencia máxima de tumores malignos en el grupo de 55 a 64 años de edad.

En Dominica el laboratorio de patología del Hospital Princess Margaret ofrece examen de detección de cáncer del cuello uterino. Los servicios están disponibles para todas las mujeres expuestas a riesgo que han sido enviadas, aunque el sector público de salud se concentra especialmente en las clientes activas de los servicios de planificación familiar. Entre 1992 y 1995 se examinó un total de 15.136 frotis de Papanicolaou y, con excepción de 1992, cuando se hicieron 4.642 frotis (cifra algo inflada) como resultado de una campaña especial, ha habido un patrón promedio constante de 3.497 exámenes al año.

Diabetes e hipertensión. Las mejores estadísticas sobre las consultas hechas en los dispensarios indican que la diabetes y la hipertensión son las razones más comunes de la demanda de servicios de atención de salud. Se estima que 4% de la población general tiene diabetes y 18% hipertensión, y que esas afecciones dan cuenta de un creciente número de consultas en los dispensarios y centros de salud del Ministerio de Salud. En 1994 se atendieron 10.123 consultas para diabéticos (un aumento de 20,3% en comparación con 1993) y 24.705 para personas hipertensas (un aumento de 28,5% en relación con 1993).

Trastornos mentales. En el informe sobre la salud mental publicado en 1995 se estima que la prevalencia de esquizofrenia ajustada según la edad es de 0,9% en Dominica y que ese año se registraron otros 68 pacientes. Las principales causas de enfermedad mental son la esquizofrenia y depresión. En 1995 se registró un total de 2.166 consultas ambulatorias de salud mental, en comparación con 2.148 en el año anterior.

En 1995 se les diagnosticó alcoholismo a 8,7% del total de 652 personas internadas en la Unidad Psiquiátrica del Hospital Princess Margaret, a 7,6%, se les diagnosticó psicosis causada por *Cannabis* y a 2% abuso de cocaína. En el informe citado se llegó a la conclusión de que 90% de los pacientes examinados en el dispensario de atención psiquiátrica de la prisión tenían antecedentes de toxicomanía; sin embargo, queda mucho más trabajo por hacer para determinar la gravedad y alcance del problema del abuso de sustancias en Dominica.

Se ha preparado la versión preliminar de la política de salud mental, que espera ratificación. En este documento se abordan los servicios y los marcos jurídicos y de asesoramiento pertinentes.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En el Plan Nacional del Sector Salud 1995–1999, el Gobierno de Dominica reafirma su compromiso con respecto a la creencia de que “todos los ciudadanos tienen el derecho de lograr el máximo grado de salud posible con el fin de poder trabajar y vivir de acuerdo con estándares aceptables de dignidad humana a un costo asequible”. El plan continúa recalcando la responsabilidad común del Gobierno y de la comunidad en el logro de mejoras duraderas de la calidad de vida.

Los beneficios para el estado de salud derivados de las intervenciones continuas en salud pública son bien reconocidos y están bien documentados. La estrategia actual recalca además la atención de salud preventiva y busca las siguientes metas prioritarias: aplicación de los principios de promoción de la salud a la planificación, ejecución y evaluación de programas; reforma del sector salud para afrontar los desafíos inherentes al fortalecimiento institucional, la movilización y el uso eficiente de recursos y el desarrollo de recursos humanos; mejora de la infraestructura de salud por medio de un proceso constante de modificación y mantenimiento, y fortalecimiento de la participación de la comunidad y de los vínculos intersectoriales. El impulso dado a la reforma del sector salud se dirige hacia la recuperación y contención de costos, la reconfiguración del sistema de gestión y la exigencia de más responsabilidad. Se han definido como grupos prioritarios a los niños de 0 a 5 años de edad, las madres embarazadas y lactantes, las mujeres en edad de procrear, los adolescentes, los adultos mayores y la población subatendida de las zonas urbanas y rurales, como las poblaciones indígenas.

Las enfermedades crónicas se han escogido como objetivo de atención especial, en vista del destacado lugar que ocupan en las estadísticas de morbilidad y mortalidad. Se estima que la promoción de la salud es central para la ejecución de esos programas.

Organización del sector salud

En 1979, el huracán David ocasionó una devastación masiva de la infraestructura de salud de Dominica, precisamente en un momento en que se planeaba reorganizar los servicios de salud de conformidad con la Declaración de Alma-Ata. Se

elaboró un sistema modelo de atención primaria de salud con base en esa situación adversa.

La parte principal de la reorganización fue la división de la isla en siete distritos de salud, cada uno con su propio equipo de gestión encargado de organizar la prestación de servicios en ese nivel. Un comité técnico central presta servicios de apoyo para la formulación de política, el asesoramiento y el apoyo técnico a los equipos distritales de salud.

En virtud de ese arreglo, la atención primaria de salud tiene su propio presupuesto, desagregado por distrito y basado en las necesidades y prioridades de programación. Se ha delegado un cierto grado de autoridad y responsabilidad a los equipos distritales de salud para mejorar la ejecución de los programas. Como resultado, varias áreas programáticas ahora se interrelacionan y las actividades están más orientadas hacia metas. Este proceso fomenta también un mayor aporte de la comunidad. La reorganización de los servicios de atención primaria de salud ha procedido bien y el sistema cuenta una vez más con el respaldo del Plan Nacional del Sector Salud 1995–1999.

Los amplios objetivos para el desarrollo de la salud y de los servicios de salud afines se establecen en el plan citado y entrañan el fortalecimiento de los sistemas locales de salud para atender las necesidades particulares de las comunidades, incluso la realización de programas por orden de prioridad y la asignación más eficiente de los recursos; la exploración de nuevas formas de generación de recursos para sostener el sector; el manejo eficaz de la información dentro del sector; la mejora de la calidad de la atención secundaria mediante la institución de cambios estructurales, la mejora de la infraestructura, la capacitación de recursos humanos y la mejora de la atención, y la simplificación de las relaciones funcionales entre la administración principal y los servicios periféricos en lo que respecta a la administración de personal, los asuntos financieros y los suministros. Se prevé que esos objetivos se alcanzarán por medio del cuidadoso aprovechamiento de todos los recursos disponibles en los niveles nacional, regional e internacional. Además, se mantendrán estrechos vínculos con los gobiernos regionales y con organizaciones tales como la OPS y CARICOM, con el fin de acceder a la asistencia necesaria, tanto técnica como de otra índole.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud y participación de la comunidad. El Ministerio de Salud de Dominica tiene una Unidad de Educación para la Salud encargada de realizar y gestionar las actividades de información pública y educación relativas a cuestiones de salud. Dicha Unidad capacita a diferentes funcio-

narios en los principios y la práctica de la educación para la salud, planifica y realiza programas y actividades de educación para la salud con grupos comunitarios, produce y presenta programas en los medios de comunicación sobre temas pertinentes de salud y otros afines, y produce materiales gráficos.

Puesto que el Gobierno de Dominica reconoce que la promoción de la salud es una de las armas más eficaces para combatir los problemas de salud y promover los modos de vida saludables, ha respaldado la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud adoptada en 1994. Como resultado, una de las prioridades programáticas identificadas en el Plan Nacional del Sector Salud 1995–1999 es la aplicación de los principios de la promoción de la salud a la planificación, ejecución y evaluación de programas. La falta de cooperación intersectorial y la irregularidad de la participación comunitaria han impedido aplicarlos; sin embargo, la conciencia y el interés de los medios de comunicación ayudarán a salvar ese obstáculo.

Una directriz nacional señala que las comunidades y las personas deben participar en el proceso de desarrollo. Así, tanto en la esfera de la planificación del desarrollo nacional como en la de la reforma del sector salud, se ha hecho un esfuerzo deliberado por fomentar la participación comunitaria en el proceso de adopción de decisiones. La participación comunitaria en la redacción de una estrategia nacional de desarrollo socioeconómico, el fomento del debate público sobre las nuevas iniciativas para el financiamiento del sector salud y la función activa de los miembros de la comunidad en el trabajo de los equipos de salud de distrito se han elogiado como historias de éxito en materia de participación comunitaria. No obstante, muchos en Dominica estiman que la acción comunitaria se concentra alrededor de una cuestión determinada, en lugar de ser una meta constante.

El Plan Nacional del Sector Salud 1995–1999, al comprometerse a “fomentar una asociación con la comunidad”, mantiene la fe en la práctica de la participación comunitaria en materia de salud. Al mismo tiempo, reconoce que “es preciso buscar nuevas estrategias para lograr una movilización social significativa”.

Protección ambiental. El Gobierno de Dominica está comprometido a “conservar el medio ambiente en perfecto estado” y sigue varias estrategias con ese fin. Por ejemplo, el Gobierno controla las prácticas de uso de la tierra, que incluyen la protección de las reservas forestales contra la explotación. Se exigen evaluaciones del efecto ambiental y estudios hidrogeológicos para todos los proyectos de desarrollo físico y estos proyectos deben tener la aprobación oficial de la Junta Nacional de Planificación Física. Las vías fluviales están protegidas contra la contaminación química, particularmente la causada por productos químicos empleados en la agricultura. La explotación de arena está estrictamente controlada por medio de un proceso de zonificación y se restringe en las playas.

La fiebre tifoidea es quizá el problema de salud ambiental que más preocupación causa en Dominica. En el período 1991–1995 hubo 44 casos confirmados de fiebre tifoidea, con un promedio anual de 9 casos. Se ha descubierto que la principal fuente de contaminación son las prácticas de manipulación de los alimentos, junto con los métodos inadecuados de eliminación de aguas servidas. La mayoría de los casos notificados provienen de Marigot, Portsmouth y Grand Bay, donde la eliminación de aguas servidas ha sido un problema constante.

Abastecimiento de agua potable, alcantarillado y eliminación de residuos. Según el Informe del Censo de Población y Vivienda de 1991, 77,5% de las familias tenían acceso directo a los servicios de acueducto del sistema nacional, manejado y mantenido por la Administración de Agua y Alcantarillado de Dominica. El agua se trata regularmente para mantener su calidad bacteriológica. Cabe señalar que ni los manantiales ni los ríos se citaron como fuente de abastecimiento de agua en el medio doméstico y que las fuentes privadas de abastecimiento de agua de 12% de las familias pueden estar tratadas o no.

Hay muchos motivos de profunda preocupación por el estado de la eliminación de aguas servidas en Dominica. Primero, una cuarta parte (25,5%) de las familias no tienen ningún método autorizado de eliminación de aguas servidas. Aunque esa situación indica una mejora en comparación con la de 1981, cuando la cifra fue de 40%, sigue siendo inaceptable. La situación es aún más grave en algunos poblados de la costa occidental, donde hasta 60% de las familias carecen de servicios de eliminación de aguas servidas. La altura del nivel freático ocasiona dificultades prácticas para la perforación de orificios para construir excusados y la densidad de población de esas zonas agrava el problema.

Las aguas servidas se eliminan predominantemente por medio de inodoros (36,8%), seguido de letrinas de pozo (35,4%). Dado el estado de la eliminación de aguas servidas en el país, no es nada sorprendente que la gastroenteritis haya sido la principal enfermedad infecciosa notificable (181,2 por 100.000 habitantes) en 1994.

El manejo apropiado de los residuos sólidos y líquidos es una prioridad. Alrededor de 55% de la población tiene un servicio comunal organizado de recolección y eliminación de residuos sólidos. El área servida se extiende desde Portsmouth en el norte hasta Scottshead en el sur, región en la que está Roseau, la capital. Se espera poder ofrecer ese servicio a toda la nación en 1998 en virtud de la nueva iniciativa de manejo de residuos sólidos. Un terreno de Fond Cole se ha destinado a la construcción de un nuevo relleno sanitario con una vida útil prevista de 15 años.

Inocuidad de los alimentos. La política gubernamental en materia de inocuidad de los alimentos comprende activi-

dades para asegurar que todos los alimentos de consumo humano sean de buena calidad, sanos y apropiados. Por tanto, el programa de protección e inocuidad de los alimentos apunta a alcanzar los estándares más elevados para la selección, la preparación, el almacenamiento y la presentación de cualquier alimento ofrecido para consumo humano.

En 1995 había 2.340 establecimientos de manipulación de alimentos en Dominica, entre ellos almacenes de comestibles, restaurantes, pastelerías, hoteles y fábricas de alimentos. La mayor concentración de establecimientos de manipulación de alimentos está en el distrito de salud de Roseau (47,1%), seguido de Portsmouth (20,1%) y Marigot (13,1%). La División de Salud Ambiental del Ministerio de Salud estima que 82% de todos los manipuladores de alimentos en el país se habían sometido a examen médico y estaban matriculados.

Una importante función del programa de inocuidad de los alimentos es la inspección de carne, especialmente la de res y de cerdo, producida localmente para la venta. En 1995, la División de Salud Ambiental inspeccionó un total de 1.329 animales sacrificados para determinar la calidad de la carne. Se estima que ese número representa entre 55% y 60% de todos los animales sacrificados con ese fin.

En la práctica, solo se inspeccionan cerca de 25% a 30% de todos los alimentos importados. Según se informa, esta deficiencia se debe en su casi totalidad a limitaciones de recursos humanos; ningún funcionario tiene la responsabilidad exclusiva de los servicios de sanidad portuaria. Casi todas las leyes que rigen la inocuidad de los alimentos son anticuadas y necesitan enmendarse. Hace muchos años se inició un proceso de examen, que aún permanece incompleto.

Salud ocupacional. Los programas de salud y seguridad ocupacional comprenden la evaluación y aprobación de nuevos establecimientos industriales, la inspección regular del funcionamiento y mantenimiento de las fábricas y la vigilancia de las ocupaciones al aire libre, como el trabajo de la construcción. Esos programas son ejecutados conjuntamente por la División de Salud Ambiental del Ministerio de Salud, Educación y Deportes y del Ministerio de Trabajo e Inmigración. La Ley sobre la Seguridad en el Empleo de 1992 estipula que todas las lesiones y los accidentes ocurridos en el lugar de trabajo deben notificarse a la División de Trabajo. El número de casos notificados entre 1991 y 1995 osciló entre dos y ocho incidentes anuales. Según se indica, la tasa de subnotificación es alta.

Preparativos para situaciones de desastre. En los últimos tiempos Dominica ha sufrido, como mínimo, el golpe de tres huracanes destructores que han causado enormes daños a la infraestructura económica, física y social del país. Este riesgo ha llevado al país a reconocer la importancia de los preparativos para situaciones de emergencia.

Un Comité Nacional de Preparativos para Situaciones de Desastre ha coordinado la elaboración de un Plan Nacional de Desastres y tiene la responsabilidad de actualizarlo periódicamente. Por su parte, el sector salud ha preparado un Plan Nacional de Desastres que detalla las medidas que deben tomarse en cada nivel ante cualquier situación de emergencia. Por tanto, si bien es justo concluir que la planificación de preparativos para situaciones de emergencia está bien afianzada, también es verdad que se han hecho muy pocos simulacros para practicar y perfeccionar las respuestas. Este es uno de los objetivos que el sector salud se ha comprometido a cumplir anualmente. También se ha dado nueva importancia al manejo de víctimas en masa en las etapas de prehospitalización y clasificación.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Los servicios de salud de Dominica están organizados básicamente en dos niveles: servicios de atención primaria y servicios de atención secundaria. El sistema nacional de atención de salud, que está bien organizado, responde a las necesidades de la población. La cobertura a la comunidad se presta por medio de una red de 7 centros de salud y 44 dispensarios estratégicamente localizados en toda la isla. Los servicios se prestan sin costo directo para el consumidor.

Los siete distritos de salud del país se emplean como estructura para organizar la prestación de servicios de atención primaria. A cada uno se le suministra una red de dispensarios del tipo I que atienden, en promedio, a una población de 600 personas en un radio de 8 km. Las enfermeras de atención primaria prestan servicios en los distritos de salud y siguen un programa de formación de dos años para prepararse para trabajar en ese nivel de atención.

Los centros de salud de los tipos II y III ofrecen servicios integrales; la sede administrativa del distrito está localizada en los centros de salud del tipo III. La plantilla de ese nivel está formada por un funcionario de salud del distrito, una enfermera y partera, y personal de apoyo. Toda la población recibe servicios de atención médica general, de accidentes y de urgencias, y servicios ambulatorios especializados para los casos enviados, en un policlínico localizado en el Hospital Princess Margaret.

Los servicios de atención secundaria se prestan en el Hospital Princess Margaret, que tiene actualmente una capacidad de 195 camas. Por regla general, se ofrece acceso a los servicios médicos del Hospital a través de las unidades de atención de pacientes hospitalizados y ambulatorios, y de urgencias.

El nivel de actividad del Hospital Princess Margaret se mantuvo relativamente constante durante 1992–1995: hubo un promedio anual de 7.867 internaciones y 7.901 egresos. En

1995 hubo 7.858 egresos, con una estancia promedio de 7,8 días. Aparte de la atención obstétrica, las principales causas de hospitalización fueron las enfermedades del corazón, la enfermedad hipertensiva, la diabetes y las infecciones de las vías respiratorias superiores. En el hospital se presta atención a las enfermedades agudas y a las crónicas.

Insumos para la salud

Medicamentos esenciales y suministros médicos. Dominica es un miembro pleno del Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental, un servicio regional de adquisición conjunta de productos farmacéuticos y suministros médicos. La participación ha reportado un ahorro promedio de 25% en la compra de artículos, así como mejoras en la calidad, fiabilidad y disponibilidad de los medicamentos esenciales y suministros. Alrededor de 10% del presupuesto de salud se asigna a la compra de medicamentos y suministros médicos. La variedad de fármacos disponibles en el servicio público está determinada por el Comité del Formulario Nacional, que examina el Formulario Nacional cada dos años para racionalizar y actualizar la lista de medicamentos que deben estar disponibles en el sistema, incluidos los medicamentos esenciales.

La legislación sobre los medicamentos recetados, el registro de medicamentos y la autorización para dispensarlos es anticuada y necesita enmendarse con urgencia. El país no tiene un inspector de medicamentos encargado de hacer cumplir las disposiciones legislativas.

Recursos humanos

Los recursos humanos disponibles para la prestación de servicios de atención de salud en Dominica se han mantenido constantes desde el comienzo del decenio, sin cambios de importancia en las categorías ni el número de trabajadores de salud disponibles, aunque se ha favorecido la asignación de personal para fortalecer los servicios de atención primaria de salud. Las nuevas categorías de enfermera de atención primaria y auxiliar de salud comunitaria, así como la institucionalización de un marco legislativo y administrativo dentro del cual puedan funcionar las enfermeras de atención directa a la familia, reflejan esa orientación.

En 1995, la razón de trabajadores de salud pública por 100.000 habitantes era la siguiente: 46,8 médicos, 8,0 dentistas, 28,1 farmacéuticos, 311,9 enfermeras, 108,4 ayudantes de enfermería, 26,8 técnicos de laboratorio, 22,8 funcionarios de salud ambiental y 5,4 técnicos de radiografía.

Capacitación de recursos humanos. Dos instituciones de Dominica ofrecen capacitación a profesionales de aten-

ción de salud: la Facultad de Enfermería administrada por el Estado y la Facultad de Medicina de la Universidad de Ross, institución extraterritorial del sector privado. El programa de la Facultad de Enfermería se adapta a las necesidades particulares del servicio nacional de salud de Dominica y el currículo de la Universidad de Ross se inclina a atender las exigencias del mercado externo.

Últimamente, la expansión de los recursos humanos para la salud se ha visto restringida por los controles impuestos al gasto del sector público precipitados por la caída de la economía y por el programa de ajuste estructural. Sin embargo, aun cuando se disponga de suficientes fondos, puede ser difícil la expansión focalizada de los recursos humanos pues todavía están por definirse las necesidades óptimas del sector salud en lo que respecta al número, a la combinación y a la asignación de funcionarios. Este será un importante desafío en el futuro.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto público real en el sector salud ha alcanzado un promedio de 13,2% del presupuesto ordinario total para el período 1992–1995. Esto coloca a la salud en el tercer lugar entre los mayores consumidores de recursos públicos, después de la administración (21,3%) y la educación (16,4%). En 1995, 39% del gasto ordinario total en servicios sociales y comunitarios se asignó a salud. Esas cifras se refieren a gastos del sector público solamente, puesto que no se capta el gasto del sector privado. En lo que respecta al gasto per cápita en salud como proporción del PIB, se registró un aumento de ECS 245,37 en 1991 a S 312,73 en 1995. El gasto público ordinario total en salud en 1995 fue de US\$ 8,87 millones, que representa aproximadamente 13,5% del gasto corriente total del sector público.

El gasto en el sector salud todavía se inclina hacia la atención secundaria, y los servicios de hospital y laboratorio consumen alrededor de 50% de los recursos financieros para la salud. La asignación a la atención primaria de salud ha mos-

trado solamente un aumento marginal de 22,3% en 1992 a 22,9% en 1995. Sin embargo, cabe notar que los servicios de salud ambiental representan 7,7% del gasto en salud, con lo que aumenta el gasto total en servicios de atención primaria de salud. Casi tres cuartas partes del gasto total en salud (72,9%) se destinan a sueldos del personal y el resto a sufragar los demás costos de operación.

Hay una lista de tarifas cobradas por cama, uso de quirófano y servicios de diagnóstico a las personas que buscan atención secundaria en el Hospital Princess Margaret. Para lograr la equidad en salud, todas las personas menores de 17 años, las mujeres embarazadas, los indigentes y las personas que sufren enfermedades transmisibles están exentos del cobro de tarifas. Se recupera solo 5,5% del presupuesto total de salud pública a través de las tarifas cobradas directamente a los usuarios; el resto se financia por medio del fondo consolidado.

Cooperación técnica y financiera externa

Hay pocas perspectivas de asociación bilateral internacional en salud, con la posible excepción de la cooperación con el Gobierno de Francia, que se ha mantenido firme. Casi todas las asociaciones internacionales surgidas en el último decenio han sido multilaterales y en ellas han participado otros países del Caribe.

La respuesta del Gobierno a esta situación ha consistido en incluir varias consideraciones sobre la salud y el medio ambiente en todas sus iniciativas de desarrollo económico y social y en fortalecer los vínculos regionales. Por ejemplo, el Banco Mundial financió un proyecto regional de manejo de residuos sólidos de la Organización de Estados del Caribe Oriental que beneficiará a Dominica y que se ha promovido para mejorar el turismo, la salud y el medio ambiente. Dominica también sigue participando en la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe que ofrece una plataforma para un enfoque regional de la prestación de servicios de salud, incluidos los servicios prestados en común. En ese sentido, la colaboración de CARICOM y la OPS ha sido muy valiosa.

ECUADOR

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

A pesar de atravesar una profunda crisis económica y política en la década de 1990, el Ecuador ha fortalecido su régimen constitucional y democrático, reconociéndose como una sociedad multicultural, multiétnica y multilingüe. El Gobierno que asumió en agosto de 1992 propuso la restitución del equilibrio macroeconómico y la modernización del Estado y creó el Consejo Nacional de Modernización, adscrito a la Presidencia, a través del cual se produjeron las primeras privatizaciones de empresas públicas y las propuestas de descentralización, reducción del aparato estatal y reforma de la seguridad social.

En el período 1992–1995 la inflación descendió de 54,6% a 22,9%, la reserva monetaria se incrementó de US\$ 1.300 millones a \$1.600 millones y el déficit fiscal se redujo de 7% a 3% del producto interno bruto (PIB). Las migraciones temporales del campo a la ciudad y de las pequeñas a las grandes ciudades ocasionaron el crecimiento del sector informal, que representó 60% de la población económicamente activa (PEA) urbana en 1994. El desempleo neto pasó de 3,6% en 1990 a 6,9% en 1995. Entre 1991 y 1994 el subempleo se mantuvo aproximadamente en 48,0%. En julio de 1996 el ingreso total del trabajador fijado por el Consejo Nacional de Salarios equivalía a US\$ 154, lo que incluye un salario mínimo vital de \$27 y las compensaciones adicionales de ley (en 1990 los montos correspondientes eran de \$130 y \$65, pero el poder adquisitivo era mayor).

La falta de apoyo político en el Congreso y la progresiva resistencia de la opinión pública detuvieron el plan de privatizaciones. En noviembre de 1995 un plebiscito rechazó las reformas a la Constitución propuestas por el Presidente. El Gobierno emprendió acciones focalizadas de reducido impacto y los Ministerios de Salud, Educación, Vivienda y Trabajo sufrieron una crisis financiera al reducirse el gasto social de 7,8% del PIB en 1992 a 5,18%.

En agosto de 1996 el nuevo Gobierno despertó grandes expectativas por la promoción de programas sociales de amplio beneficio popular e impacto inmediato. Sin embargo, su estilo de conducción y el anuncio de un plan económico basado en la convertibilidad de la moneda, con agresivas privatizaciones, austeridad fiscal y duras medidas de ajuste, provocaron fuertes reacciones que desembocaron en movilizaciones de la sociedad civil. El Presidente fue sustituido por un Gobierno interino, elegido por el Congreso hasta agosto de 1998 y legitimado por un plebiscito en 1997, cuya propuesta fue combatir la corrupción, fortalecer la unidad nacional, disminuir el desempleo (estimado en 10% para 1997), estabilizar la economía, sentar las bases del desarrollo económico y social y preparar la transición política hacia la elección de gobernantes para el período 1998–2002.

La población del Ecuador se estimó en 11.936.858 habitantes para 1997, 55,4% de los cuales viven en zonas urbanas. La tasa de crecimiento poblacional fue de 2,1% en el último período intercensal (1982–1990) y se estima en 1,9% anual para 1995–2000. En 1995 los menores de 15 años constituían 36,4% de la población frente a 38,9% en 1990. Este grupo de edad representará 33,8% de la población total en el 2000. En 1995, 49,8% de la población vivía en la región de la costa, 44,8% en la sierra, 4,6% en la Amazonia, 0,1% en la región insular y 0,7% en zonas no delimitadas geopolíticamente.

La tasa de natalidad nacional, corregida por nacimientos inscriptos tardíamente (50% del total) se ubicó en 23,7 por 1.000 habitantes en 1995, lo que representa una disminución de 7,8% respecto del valor de 1990 (24,7). Según la Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN 94), la tasa global de fecundidad de mujeres bajó de 4,0 hijos en el período 1985–1990 a 3,6 en 1989–1994 (4,6 en la zona rural y 2,9 en la urbana). El descenso se explica en gran parte por el aumento de los años de escolaridad en las mujeres y su creciente incorporación al mercado de trabajo, la migración del campo a la ciudad y los programas de planificación familiar. La población indígena, en cambio, mantiene altas tasas de fe-

cundidad, como se observa en provincias de la sierra como Bolívar, con 5,12 hijos por mujer, y de la costa del Pacífico, como Esmeraldas, con 4,66 hijos por mujer.

El 8% de los hombres y el 12% de las mujeres son analfabetos. Un 30% de los hablantes de lengua indígena son analfabetos frente a 10% de hispanoparlantes. Solo 53% de la población indígena accede a la educación primaria, 15% a la secundaria y menos de 1% a la superior.

Se estima que 63% de la población total se vio afectada en alguna medida por la pobreza en 1995, en comparación con 54% en 1990. El 40,3% de la población total tiene alguna necesidad básica insatisfecha (NBI). Este indicador oscila de 60,8% en la zona rural a 27,0% en la urbana. El 40% de la población total es pobre y el 15%, indigente. Las provincias más pobres y con mayor porcentaje de hogares con NBI presentan los menores índices de urbanización y, paradójicamente, las tasas de mortalidad registrada más bajas. Esto se explica por el subregistro, que aún no se ha cuantificado en el nivel provincial.

Sobre la base de los datos del Censo de Población de 1990 se estimó para ese año una población indígena de 910.146 (9,4% de la población total), concentrada en las zonas rurales de la Amazonia ecuatoriana y de la sierra. No existen mapas que permitan ubicar con precisión las distintas etnias. Datos estadísticos de 1994 indican que predomina la etnia quichua, que se concentra en las regiones de sierra (66.964) y en la Amazonia (72.528). Otras etnias de la Amazonia son los shuaras (36.634), los aschuaras (4.000), los huaoranis (1.200), los cofanes (627) y los siona-secoya (600). En la costa se encuentran 5.000 chachis, 1.000 tsachelas y 27.648 quichuas. Aún no se ha cuantificado la población ecuatoriana de origen africano, que se concentra en la costa y en dos provincias de la sierra.

En las zonas rurales de la sierra y de la Amazonia se estima que 76% de los niños en general son pobres y 80% de los niños y adolescentes indígenas en particular viven en la pobreza; en la costa, entre la población ecuatoriana rural de origen africano, 70% de los menores de 18 años son pobres. En estas zonas, así como en el cordón fronterizo con Colombia y Perú, la migración de varones adultos a las ciudades o al exterior en busca de trabajo agrava la situación. Pichincha y Chimborazo concentran cada una alrededor de 29,5% del total de emigrantes de las demás provincias. Se estima que un millón de ecuatorianos viven en el exterior, principalmente en los Estados Unidos de América.

En 1990–1995, la esperanza de vida al nacer se calculó en 68,8 años para la población general (66,4 años para los hombres y 71,4 para las mujeres). Para el período 1995–2000 se estima una esperanza de vida de 69,9 años para la población general (67,3 años para los hombres y 72,5 años para las mujeres). El aumento se relaciona con las acciones de promoción de la salud y educativas que favorecieron en particular a la población infantil.

Mortalidad

La magnitud de la mortalidad general varía según el procedimiento empleado para medirla. Para 1995, el valor aceptado es de 5,17 por 1.000 habitantes, lo que representa un subregistro global de 16,4%. La estimación del subregistro basada en las tablas del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) es más alta (30,3% para la mortalidad masculina y 33,4% para la femenina) debido a que en el momento de construirse las tablas no se tuvo en cuenta el probable impacto de las acciones en favor de la infancia. El porcentaje de defunciones con certificación médica fue de 84,5%, un aumento de 3,3 puntos respecto de 1992. Los signos y síntomas mal definidos constituyeron 13,4% de las defunciones en 1995 frente a 14,3% en 1990.

Las tasas de mortalidad más altas en ambos sexos y grupos de edad corresponden a las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas por las causas externas en los hombres y las enfermedades transmisibles en las mujeres. Estas últimas causas son las que más disminuyeron entre 1990 y 1995 en ambos sexos y en todos los grupos de edad (de 97,0 a 79,2 por 100.000 habitantes en los hombres y de 84,8 a 68,41 por 100.000 en las mujeres). En el mismo período, la caída más notoria en las defunciones por enfermedades transmisibles se observa en los menores de 1 año, con ganancias del orden de 400 vidas por 100.000. Las tasas de mortalidad por tumores malignos se mantuvieron estables en los hombres (59 por 100.000) y aumentaron en las mujeres de 67,3 a 71,2, concentradas en las mayores de 60 años. Las enfermedades del aparato circulatorio disminuyeron algo más en las mujeres que en los hombres, particularmente en los adultos mayores. Las afecciones originadas en el período perinatal se redujeron más en las niñas que en los niños (110 y 72 muertes menos por 100.000 nacidos vivos respectivamente). Las tasas de mortalidad por causas externas aumentaron ligeramente en los varones (de 99,5 a 103,8) y disminuyeron algo en las mujeres (de 29,1 a 26,1) entre esos años. La notable disparidad entre las tasas masculinas y las femeninas señala diferenciales de género.

Entre 1990 y 1995 las principales causas de muerte en la población general fueron las mismas, pero el orden cambió. Así, la enfermedad cerebrovascular pasó del primero al segundo lugar, al bajar la tasa de 25,6 a 23,1 por 100.000 habitantes; la neumonía pasó del tercero al primero, con una tasa de 27,2 por 100.000; las enfermedades infecciosas intestinales pasaron del segundo al noveno y su tasa se redujo a la mitad; los accidentes de tráfico se mantuvieron en el cuarto lugar, con una disminución de la tasa de 19,4 a 15,8 por 100.000, mientras que el tumor maligno de estómago siguió en el séptimo lugar, con un ligero aumento de 11,7 a 12,7 por 100.000. Las muertes por homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas pasaron del noveno al sexto lugar,

lo que representa un aumento de 50% y ocasionaron 55.443 años potenciales de vida perdidos (APVP) (50.200 en los hombres). Se calcula un total de 1.191.882 APVP por muertes ocurridas antes de los 70 años de edad, 713.785 en hombres y 479.097 en mujeres.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La ENDEMAIN 94 estimó la mortalidad infantil nacional en 44 por 1.000 nacidos vivos, con grandes diferencias en el ámbito provincial: en Chimborazo, de población predominantemente rural e indígena, se estimó una tasa de 100 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en Pichincha y Guayas, con predominio urbano en sus principales ciudades, Quito y Guayaquil, las tasas estimadas fueron de 32 y 33 respectivamente. Al igual que en 1990, la principal causa de defunción infantil fue el grupo de la hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias; las enfermedades diarreicas pasaron del segundo al cuarto lugar y su tasa se redujo a menos de la tercera parte, lo que se atribuye al uso de la rehidratación oral, y la neumonía se mantuvo en el tercer lugar.

Las infecciones respiratorias agudas constituyeron 37% de las causas de muerte en los niños de 1 semana a 11 meses y 32% en los de 1 a 4 años de edad, así como 28% y 24% de las causas de egresos hospitalarios, respectivamente. Las anomalías congénitas pasaron del octavo al sexto lugar, aunque en 1995 la tasa de mortalidad por esta causa se redujo a la mitad.

De las 8.234 muertes en niños menores de 5 años registradas en 1995, 2.622 corresponden a menores de 1 mes, de las cuales 1.916 ocurrieron en menores de 1 semana. Se registraron 2.926 defunciones fetales. En relación con 1990, y bajo el supuesto de que el subregistro de muertes infantiles se mantuvo estable, se observa un descenso apreciable en la mortalidad infantil y en el grupo de menores de 5 años. Las tasas de mortalidad por 1.000 nacidos vivos registrados, ajustadas por inscripciones tardías de nacimientos, fueron para los menores de 5 años de 30,3; la infantil 20,4, la neonatal precoz 7,0, la neonatal tardía 2,6, la posneonatal 10,7, la perinatal I, 17,9, y la perinatal II, 20,5.

En los menores de 5 años las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas fueron las principales causas de enfermedad. Un 19% de los niños encuestados había tenido diarrea durante las dos semanas previas a la ENDEMAIN 94, y 59% había padecido una infección respiratoria aguda. En 1994 y 1995, estas, junto con las enfermedades diarreicas e inmunoprevenibles, la desnutrición y anemias, la meningitis, la malaria y la septicemia representaron

entre 60% y 70% de las hospitalizaciones y entre 70% y 80% de los motivos de consulta externa de menores de 5 años en el Ministerio de Salud Pública.

En el grupo de 5 a 9 años de edad la mayor reducción de muertes ocurrió a expensas de las enfermedades infecciosas, especialmente las diarreicas y las respiratorias. En 1995, los accidentes ocuparon el primer lugar como causa de muerte en ambos sexos. Las causas violentas, incluidos los accidentes, causaron 285 muertes con una sobremortalidad masculina de 1,7/1; sin embargo, cierto tipo de agresiones, como el abuso sexual, se concentran en niñas a partir de los 5 años.

El grupo de 5 a 9 años suele quedar al margen de los programas infantiles, que se orientan sobre todo hacia los menores de 5 años, y de los programas para adolescentes; en consecuencia, se carece de información adecuada sobre sus causas de enfermedad y motivos de consulta ambulatoria. Los egresos hospitalarios, único dato disponible, reflejan coincidentemente un predominio de traumatismos y efectos de la violencia y accidentes, y un relativo aumento de enfermedades crónicas con respecto a 1990.

La salud del adolescente

En 1990, el grupo de 10 a 19 años de edad representaba 23,4% de la población. El trabajo a temprana edad, las migraciones y la falta de inserción cultural, entre otros factores, provocan en los adolescentes situaciones conflictivas que se expresan en problemas relacionados con su salud reproductiva y mental, y con sus posibilidades de desarrollo. Del total de muertes de 1995, 4,2% correspondieron a adolescentes. Tanto en el grupo de 10 a 14 años como en el de 15 a 19 la primera causa de muerte para ambos sexos fue accidentes y violencias, con 971 defunciones registradas, lo que representa una tasa de 37,6 por 100.000 habitantes, con franco predominio en la población masculina de 2,8:1 (716 varones y 255 mujeres).

En las adolescentes, las causas de muerte violenta predominantes son los suicidios, con 76 defunciones (66 en el grupo de 15 a 19 años), los accidentes de transporte, con 48 muertes (30 entre los 15 y 19 años) y las obstétricas (causas maternas), con 23 defunciones registradas, lo que representa una tasa de mortalidad materna para este grupo de 76,8 por 100.000 nacidos vivos registrados en 1995, de todas maneras menor que la de 1990. Para los adolescentes varones las causas de muerte predominantes son los accidentes, en particular los de transporte, con 191 defunciones (126 en mayores de 15 años), los homicidios, con 143 muertes (134 en mayores de 15 años) y los suicidios, con 50 (44 en mayores de 15 años).

Según una encuesta de 1995, el consumo de drogas ilícitas alcanza una prevalencia de 3,2% en el grupo de 12 a 19 años; la prevalencia de consumo de drogas lícitas (alcohol y tabaco) llega a cifras mayores. Según encuestas parciales de la década

del noventa, que corroboran los datos nacionales de fines de los años ochenta, el tabaquismo en los adolescentes llega a 14,9%, sin diferencias por sexo. Para 1995 se estimó en el ámbito nacional que 48,5% de los adolescentes de 11 a 13 años había tomado alguna vez algún tipo de bebida alcohólica, 73,9% entre los 14 y los 16 años y 87,1% a los 17 años, sin diferencias significativas por sexo. El 10% de los adolescentes se habrían embriagado antes de los 10 años de edad.

La salud del adulto

Las principales causas de muerte en los adultos de 20 a 59 años son las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, los tumores malignos y los accidentes y violencias. En 1995, en los hombres de 20 a 44 años predominaron los accidentes y violencias, con 3.046 muertes, 52,3% del total de 5.828 muertes por todas las causas en este grupo. Entre las formas violentas de muerte se destacan los homicidios, con 936 defunciones, y los accidentes de transporte, con 653, seguidos por las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, con 535 defunciones (9,2% del total), los tumores malignos, con 257 (4,4%) y la tuberculosis, con 252 (4,3%). En las mujeres de 20 a 44 años de edad, las principales causas son los accidentes y violencias, con 486 defunciones (18,1% del total), los tumores malignos con 425 (15,8%), las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, con 398 (14,8%), la tuberculosis, con 154 (5,7%) y las causas obstétricas, con 145 muertes (5,4%).

En 1995 se registraron 170 muertes maternas. La tasa nacional ajustada por inscripciones tardías fue de 62,7 por 100.000 nacidos vivos registrados, dato que refleja un importante subregistro. El promedio para el quinquenio 1991–1995 fue de 110,1, con amplias diferencias regionales: en tres provincias la tasa sobrepasó a 200 y en dos provincias se ubicó en alrededor de 75. La ENDEMAIN 94 estimó la mortalidad materna en 159 por 100.000 nacidos vivos para el período 1988–1994, y la OPS/OMS la ubicó en 120 para 1995. Ante esta variación de cifras, las organizaciones nacionales comprometidas en el actual proyecto de reducción de la mortalidad materna adoptaron como dato nacional más real la tasa de 150 por 100.000. La mortalidad materna, además de relacionarse con la pobreza, tiene que ver con deficiencias de los servicios de salud. En 1995, el porcentaje de partos con asistencia profesional llegó a 66,5%, pero con diferencias sustanciales de 84,3% en la zona urbana y 41,9% en la rural, más marcadas aún si se compara a Guayaquil (94,2%) o Quito (89,5%) con el sector rural de la sierra (38,8%). Las causas ginecoobstétricas se notifican desde 1994 en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Cabe subrayar que mientras que los partos mantuvieron una tendencia estable, con

106.726 atendidos en 1996, las cesáreas aumentaron 33% (36.285), y los abortos, 14% (12.310).

Las principales causas de muerte en los hombres de 45 a 59 años fueron los accidentes y violencias, con 849 muertes (23,2% del total), las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, con 663 muertes (18,1%), los tumores malignos, con 392 (10,7%), la diabetes mellitus, con 169 (4,6%) y la tuberculosis, con 115 (3,1%). En las mujeres de este mismo grupo de edad predominaron los tumores malignos con 638 defunciones (26,2% del total), las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, con 551 (22,7%), la diabetes mellitus, con 158 (6,5%) y los accidentes y violencias, con 147 (6,0%). Entre los tumores malignos los más frecuentes fueron los del cuello del útero, que produjeron 176 muertes en 1995; los programas de detección comienzan a orientarse hacia este grupo de alto riesgo.

La salud del adulto mayor

En 1995, en el grupo de 60 años y más las primeras causas de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y los tumores malignos. En los hombres de 60 y más años, las primeras causaron 3.455 defunciones (27,1% del total) y los tumores malignos 1.848 (14,5%); otras causas importantes fueron los accidentes y violencias, con 848 muertes (6,7%), la neumonía, con 750 (5,9%) y la diabetes, con 503 (3,9%). En las mujeres de este grupo de edad, las causas de defunción guardaron similar proporción: enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares 3.322 (27,4% del total), tumores malignos 2.010 (16,6%), neumonía 803 (6,6%) y diabetes 788 (6,5%).

En general faltan políticas, programas, servicios y recursos humanos especializados en el campo de la gerontogeriatría. Los servicios del Ministerio de Salud Pública para el grupo de mayores de 60 años, además de escasos, son inespecíficos y carecen de componentes de fomento, educación, autocuidado y rehabilitación. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) estableció un programa focalizado en los grupos de apoyo mutuo y en la salud mental.

La salud de la familia

Con una tasa global de fecundidad de 3,5 para el período 1990–1995 y un promedio nacional de cinco miembros por núcleo familiar, las familias ecuatorianas, sobre todo en el ámbito urbano, han sufrido un proceso de transformación importante en las últimas décadas, caracterizado por la disminución de su tamaño, la menor participación en el entorno comunitario y solidario de la familia ampliada y el aumento

de los casos de separación o divorcio, que ha creado una gran proporción de familias monoparentales.

La tasa promedio de matrimonios entre 1990–1995 fue de 6,3 por 1.000 habitantes y la de divorcios de 6,1 por 10.000 habitantes, es decir que de cada 10 nuevos matrimonios, uno se deshace formalmente. Este dato no refleja toda la realidad, puesto que son muy comunes, sobre todo en las zonas rurales de la costa, las uniones libres, que suelen ser más estables, así como las uniones múltiples y las separaciones tácitas que, sin ser divorcios, dejan a muchas mujeres como cabezas de familia, y en condiciones económicas y sociales que no permiten una sobrevivencia adecuada.

Los intentos de dar respuesta a los problemas de la familia, aunque importantes, muchas veces se quedan en aspectos específicos como el amparo a niños, niñas y mujeres maltratadas, o la asistencia a las necesidades urgentes de salud de personas y familias pobres; los que realiza el Instituto Nacional del Niño y la Familia son los más destacados. Algunas instituciones privadas, incluidas las organizaciones no gubernamentales, trabajan en este campo, sobre todo en la asistencia emocional, el amparo legal, de salud y social a los hogares con altos niveles de violencia familiar. En 1993 las redes de prevención del maltrato infantil (REDPANM) y las comisarias de la mujer para enfrentar la violencia familiar realizaron una importante labor. Desde 1993 se cuenta con una Ley Contra la Violencia a las Mujeres y las Familias. Algunas iglesias (salesianas) trabajan en programas de largo plazo para la asistencia y el rescate de niños de la calle.

La salud de los trabajadores

Del total de la PEA de 1992, apenas 1.101.131 (30%) estaba protegida por el Seguro de Riesgo de Trabajo mediante afiliación al IESS; los principales problemas de enfermedad y muerte de este grupo no están bien investigados ni registrados. De los datos disponibles para 1990 se deduce que en la década 1980–1990, mientras en los trabajadores afiliados al IESS la incidencia anual de muertes por accidentes disminuyó de 226 a 162, en la población no afiliada se incrementó de 226 a 430. Las principales enfermedades derivadas del trabajo son: sordera profesional, intoxicaciones por plaguicidas y por otros productos químicos, bronconeumopatías, dermatosis, cáncer, afecciones del sistema locomotor, enfermedades infectocontagiosas y afecciones de los ojos. Desde 1994, los accidentes laborales se notifican al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Se han informado cerca de 5.000 casos al año entre 1994 y 1996.

Según un estudio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el UNICEF, en 1990 trabajaban unos 800.000 niños y jóvenes entre los 8 y los 18 años, es decir 30% de la

población de menores (2,5 millones), proporción que aumentó a 38,7% en 1996. En las zonas rurales trabajaban más menores (310.000) que en las urbanas y sus condiciones laborales eran peores. Solo 23% de los menores que trabajan asisten a la escuela. Puesto que el Ecuador forma parte de la iniciativa internacional de flexibilización laboral, que contempla la libre contratación, la baja de utilidades, la eliminación de la contratación colectiva en el sector público, la rotación de trabajadores y la opción a trabajo complementario por horas, se prevén mayores riesgos para la salud de la población trabajadora.

La salud de los discapacitados

Un 13,2% de la población sufre alguna discapacidad. La incidencia de las discapacidades se agudiza en los sectores urbano-marginales y rurales, dada la relación entre discapacidad, malas condiciones de vida, bajos ingresos y poco acceso a los servicios de salud. No existe un registro nacional sistemático de discapacidades; sin embargo, las encuestas de prevalencia proporcionan un conocimiento básico de la situación. Se estima que 48,9% de los ecuatorianos tiene algún nivel de deficiencia y 2,4% son minusválidos. La proporción de discapacidades es ligeramente superior en los hombres que en las mujeres (13,5% frente a 12,9%) y también es mayor en la zona urbana que en la rural (13,5% frente a 12,4%). Las minusvalías tienen un franco predominio en la zona urbana (2,8% frente a 1,6%), lo que se asocia con las graves lesiones causadas por accidentes y violencias.

En los menores de 5 años predominan las deficiencias relacionadas con el desarrollo psicológico (35,9%), seguidas de las del lenguaje, que igualmente son psicosociales (20,3%) y las debidas a lesiones musculoesqueléticas (16,2%).

La salud de los indígenas y de otros grupos especiales

Entre las principales causas de muerte y enfermedad de las poblaciones indígenas predominan las relacionadas con la pobreza: infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y desnutrición. La hipoxia y las complicaciones del parto y del puerperio son las primeras causas de muerte infantil y materna, respectivamente. La tasa de mortalidad infantil es mayor en los indígenas que en el resto de la población; mientras que en 1994 la tasa nacional era de 22 por 1.000 nacidos vivos registrados, en las comunidades de Colimbuela y Cumbas llegaba a 83,3 y 66,7 respectivamente. La mortalidad infantil se relaciona con la desnutrición y con enfermedades por falta de seguridad alimentaria, inadecuada atención maternoinfantil, ambiente insalubre y baja cobertura de servi-

cios. En 1995, de cada 1.000 nacidos se producían 70 muertes antes de cumplir 1 año, y por cada 100.000 nacidos morían 198 madres. En los cantones indígenas de la sierra, 85% de los partos se realizaron sin atención médica. La desnutrición crónica en los menores de 5 años alcanza 69% en algunos cantones, cuando la nacional es de 49,4%.

En los niños de raza negra de Esmeraldas la desnutrición se estima entre 60% y 70%. La situación de salud de las poblaciones fronterizas con Colombia y Perú es crítica, en especial en las orientales. La desnutrición infantil crónica llega a 65% y las tasas de mortalidad infantil superan los 50 por 1.000 nacidos vivos registrados; las enfermedades más frecuentes son las parasitosis, las infecciones intestinales, las diarreas y las anemias.

La ubicación predominantemente rural de los grupos indígenas se relaciona directamente con la baja disponibilidad y accesibilidad a recursos y servicios. La cobertura de servicios sanitarios en la zona rural, ya de por sí baja, alcanza los niveles más críticos en la Amazonia, donde los profesionales de salud visitan comunidades indígenas de las riberas de los ríos una vez cada tres meses, en el mejor de los casos. Hay comunidades indígenas, como las de los awa coiquier, los chachi y los tsachila, que carecen de todo acceso a servicios básicos y de salud. Los saberes y prácticas de la medicina indígena cubren en parte sus necesidades de atención y parte de la lucha reivindicativa de estos pueblos es que se considere a sus agentes informales de salud (parteras, pajuyucs o hierbateros, yachags y chamanes, entre otros) y a la población misma como recursos humanos capaces de vigilar y cuidar la salud, integrando conocimientos de la medicina occidental que permitan mejorar las condiciones de salud y de vida de sus comunidades.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. En 1996 se notificaron 12.011 casos de malaria, la cuarta parte que en 1993. La tasa más alta se encontró en Esmeraldas (1.175,0 por 100.000 habitantes); en la Amazonia, la provincia de Sucumbíos alcanzó a 936,9 por 100.000. Desde 1993, cuando las infecciones por *Plasmodium falciparum* ocasionaron 46% de los casos del país, la tendencia del porcentaje de infecciones por este parásito fue decreciente. En 1996 llegó a 16% del total de casos en la costa. El vector principal es *Anopheles albimanus*. En la Amazonia *A. triamiliatus*, *A. punctimacula* y *A. trinkae* podrían estar involucrados en la transmisión de la malaria.

Las provincias de la costa también fueron las más afectadas por el dengue, con 12.796 casos en 1996, un marcado aumento desde 1992. Las tasas de incidencia más altas se consignaron en Cañar, con 1.078,0 por 100.000 habitantes y en Manabí, con 365,0 por 100.000. En las zonas subtropicales de la sierra, solo

dos provincias (Cotopaxi y Loja) notificaron casos entre 1995 y 1996 frente a ocho provincias en 1990. En 1995 y 1996 no se comunicaron casos de dengue en la Amazonia.

En el período 1992–1996, la enfermedad de Chagas se diagnosticó en 12 provincias de la sierra, la costa y la Amazonia. La tasa de incidencia en Pastaza aumentó de 0,2 a 3,6 por 100.000 habitantes entre 1992 y 1995 y en Sucumbíos pasó de 4,5 en 1994 a 12,7 en 1995. Se realiza tamizaje en 95% de las donaciones en los bancos de sangre. Los vectores principales son *Triatoma dimidiata* y *Rhodnius ecuadoriensis*. Las notificaciones, que indican apenas 13 casos en 1996, no reflejan la realidad ya que se estima que alrededor de 500.000 personas están infectadas, principalmente en Guayas, El Oro y Manabí.

En cuanto a la leishmaniasis, la forma clínica cutánea es la más prevalente; su incidencia aumentó ligeramente a 1.655 casos en 1996, con notificaciones en 18 de las 21 provincias. En la región de la Amazonia, que presentó las mayores tasas, descendió de 143,6 por 100.000 habitantes en 1992 a 62,8 por 100.000 en 1996, mientras que en la sierra aumentó de 8,72 a 10,35, y en la costa, de 6,9 a 11,43. Las provincias más afectadas en 1996 fueron Zamora Chinchipe, Morona Santiago y Bolívar, con tasas de 211,2, 109,0 y 86,7 por 100.000 habitantes, respectivamente.

De 12 provincias que notificaron 27 casos de oncocercosis en 1992, solo 6 lo hicieron en 1996, con un total de 10 casos. El principal foco se localizó en Esmeraldas; sin embargo, no se informaron casos nuevos ni en 1995 ni 1996. El programa, basado en la distribución masiva de ivermectina, aspira a eliminar la oncocercosis en el 2000.

En la década de 1990 se notificaron casos de fiebre amarilla selvática en la región Amazónica. En 1994 y 1995 no se registró ningún caso en todo el país, pero en 1996 hubo ocho en Morona Santiago. En Sucumbíos, donde hubo transmisión selvática de la enfermedad en 1992, se detectó un foco de *Aedes aegypti* en 1996. De 24 casos con cuadro hemorrágico investigados en Morona Santiago, dos resultaron seropositivos para el virus oropuche; ninguno de los pacientes había tenido infección reciente o exposición anterior al virus del dengue ni al de la fiebre amarilla.

Enfermedades inmunoprevenibles. Desde 1990 no se notificaron casos de poliomiélitis. Entre 1992 y 1996 se redujo el número de casos confirmados de sarampión de 4.356 a 40 y el de tétanos neonatal de 71 a 37. En 1996, las coberturas de vacunación para el grupo de menores de 1 año fueron las más altas de los últimos cinco años (BCG 100%, OPV3 89%, DPT 88% y vacuna antisarampión 79%). En el mismo período se alcanzaron coberturas acumuladas con dos dosis de toxoide tetánico en 54% de las mujeres en edad fértil de 49 zonas de riesgo para el tétanos neonatal, frente a 20% en 1992. En 1995–1996 se detectaron casos de tétanos neonatal en las zonas urbano-marginales de Guayaquil, en madres

provenientes de zonas indígenas de la provincia de Chimbo-razo que migran a esta ciudad días antes del parto.

Se han presentado brotes epidémicos de difteria entre 1994 (565 casos) y 1995 (145 casos) en las provincias de El Oro y Pichincha en la población adulta. En 1996 se notificaron 22, lo que indica un descenso en la incidencia de esta enfermedad. En 1966 se registraron 136 casos de tos ferina frente a 320 en 1992.

La primera información disponible sobre hepatitis B data de 1994, con 443 casos notificados. En 1995 se registraron 564 casos, y en 1996, 569.

La notificación de casos de rubéola se incrementó considerablemente desde 1994, con la puesta en marcha del Sistema Nacional de Vigilancia de Enfermedades Febriles Eruptivas. Los casos notificados pasaron de 760 en 1992 a 4.797 en 1995 y a 1.436 en 1996. Esta última disminución se debe a que la enfermedad se incluyó en "otras enfermedades febriles eruptivas" del sistema de notificación del Plan de Eliminación del Sarampión. Desde fines de 1996, los laboratorios del Instituto Nacional de Higiene de Guayaquil y del Instituto Nacional de Salud de Bogotá procesan muestras de suero de los sospechosos de sarampión para diagnosticar rubéola.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales.

El cólera disminuyó marcadamente desde 1991, cuando se detectó el primer caso y se llegó a 46.320. En 1994 se detectó en 17 de las 21 provincias del país. En 1996 se notificaron 1.060 casos en 12 provincias, de los cuales 59% ocurrieron en Imbabura. En 1992–1996 la tasa de letalidad por cólera se mantuvo por debajo de 1%.

Las enfermedades diarreicas muestran una tendencia estable, con 193.352 casos en 1996. Constituyen una de las principales causas de morbilidad, en especial entre la población menor de 5 años. En 1995, de las 1.390 defunciones por enteritis y otras enfermedades diarreicas, 33,1% ocurrieron en menores de 1 año.

En 1996 se registraron 14.887 casos de salmonelosis, con una tasa de 127,3 por 100.000 habitantes, casi 50% más que en 1992. La enfermedad se notificó en todas las provincias excepto en las Islas Galápagos. Las tasas de incidencia más altas de las provincias de la costa variaron entre 160 y 325 por 100.000 habitantes en el quinquenio 1992–1996, mientras que en la sierra, Bolívar tuvo la tasa más alta, 1.025,9 por 10.000 en 1995.

Las intoxicaciones alimentarias de todo tipo bajaron de 8.742 casos en 1995 a 6.992 en 1996. Ese año las enfermedades infecciosas intestinales fueron la principal causa de egreso hospitalario en hombres (16.467 casos) y la tercera en mujeres (15.076).

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas sumaron 598.558 casos en 1996, con una

tendencia fuertemente creciente desde 1992, cuando se registraron 138.684 casos. El mayor crecimiento se observó entre 1993 y 1994, cuando la vigilancia se focalizó en los menores de 5 años. En Quito, en 1995, en una muestra de 195 niños que consultaron en los servicios de salud por tos o dificultades respiratorias, 15,9% presentaron neumonía, 2,6% neumonía grave, y los restantes tenían infecciones respiratorias agudas sin neumonía, en 45% de estos casos se administraron antibióticos innecesariamente. La neumonía ocasionó 6.373 egresos en hombres y 5.194 en mujeres, con tasas de 11,1 y 9,1 por 10.000 habitantes respectivamente.

Rabia y otras zoonosis. En el período 1992–1996, la epidemia de rabia humana presentó situaciones epidémicas en los bienios 1992–1993 y 1995–1996. De los 65 casos registrados en 1996, 20 correspondieron a la provincia de Pichincha y 13 a la de Guayas; los 32 casos restantes se distribuyeron en 11 provincias. El perro es la principal fuente de infección de la rabia humana.

La cisticercosis humana aumentó de 111 casos en 1992 a 336 en 1996. La brucelosis pasó de 5 a 9 casos. La fiebre aftosa registró una situación estacionaria, con un promedio anual de 100 rebaños bovinos afectados de enfermedades vesiculares clínicamente compatibles con esta. En 1996 la tasa de rebaños afectados fue de 0,39 bovinos por 1.000, la de morbilidad, de 2,95 por 10.000, la de morbilidad interna, de 21,8%, y la de letalidad, de 5,3%. Para erradicar la enfermedad se está realizando un proyecto de control en cogestión entre los sectores público (Ministerio de Agricultura) y privado (Federación de Ganaderos).

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. En 1996 se registraron 186 casos nuevos de infección por el VIH/sida. El total acumulado desde 1984, cuando se notificó el primer caso, es de 1.279 personas infectadas; 608 se clasificaron como casos de sida, de los cuales murieron 432. Entre 1992 y 1996 la tasa de incidencia anual de infección por el VIH/sida aumentó de 0,6 por 100.000 habitantes a 1,6 por 100.000. Entre 1984 y 1996, tres provincias notificaron 92% de los casos del país: Guayas con 69%, Pichincha con 12% y Manabí con 11%. La transmisión heterosexual explica 37,7% de las infecciones, la homosexual 29,2% y la bisexual 19,4%. La mayor proporción de personas infectadas tenía entre 19 y 39 años y más de 80% de los 1.279 infectados eran hombres. En 1996, 21 personas se infectaron accidentalmente por el VIH en una unidad de diálisis de Guayaquil, la más poblada del país. Las provincias de Imbabura, Sucumbíos, Pastaza y Morona Santiago son las únicas que no han registrado casos de infección por el VIH y, junto con Bolívar, Cotopaxi, Zamora y las Islas Galápagos, no han notificado casos de sida.

En los últimos años la gonorrea mostró una tendencia ascendente, registrándose 7.703 casos en 1996. Ese año se

notificaron 1.541 casos de sífilis y 87 casos de sífilis congénita.

Enfermedades crónicas transmisibles. La tuberculosis pulmonar mostró una tendencia general creciente, con 7.938 casos nuevos (67,91 por 100.000 habitantes) en 1996; se notificaron casos en todas las provincias, incluso en las Islas Galápagos. Las tasas más altas del período 1992–1996 se encontraron en provincias de la Amazonia, como Pastaza y Napo, con 302,4 por 100.000 habitantes y 291,3 por 100.000 en 1996. En la sierra, las mayores tasas se registraron en las provincias de Bolívar (314,24 en 1995), Cotopaxi (280,49 en 1996) y Cañar (138,89 en 1996), mientras que Guayas y Esmeraldas, presentaron las mayores tasas en la costa, (101,75 y 119,14 respectivamente en 1994).

En el período 1992–1996 la incidencia nacional de meningitis tuberculosa se mantuvo en menos de un caso por 100.000 habitantes. En seis provincias se registraron casos todos los años; la tasa más alta (3,3) se encontró en 1992 en Azuay, provincia de la sierra que mostró las tasas anuales más elevadas del quinquenio (excepto en 1996). En 1996 la Amazonia alcanzó la tasa regional más alta, con 16,2 por 100.000 habitantes en Pastaza. En esta región, en 1996 la provincia de Zamora comunicó casos por primera vez en el decenio de 1990, con una incidencia de 2,19 por 100.000 habitantes.

En 1996 se registraron 151 casos de lepra. La tasa promedio quinquenal fue de 1,16 por 100.000 habitantes. En 1996 las únicas provincias con casos de lepra fueron Guayas (con el mayor número), El Oro, Los Ríos y Manabí, en la costa, y Pichincha, en la sierra. El 71% de los casos nuevos fueron multibacilares (46,5% con presentación clínica lepromatosa).

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, que en conjunto ocasionaron 9.262 defunciones en 1995 (80,8 por 100.000 habitantes), tienen como importante factor de riesgo la hipertensión arterial, asociada también a otros problemas crónico-degenerativos. En 1966 se notificaron 25.850 casos de hipertensión en consultas externas, lo que muestra una tendencia creciente desde 1992. Las encuestas en diferentes grupos mayores de 15 años en los últimos 20 años (ninguna con representatividad nacional), estiman prevalencias entre 4% en la población rural de la sierra y 13% en los centros urbanos. La enfermedad hipertensiva causó 2.216 defunciones en 1995 (19,3 por 100.000).

En 1996 se notificaron 2.035 casos de fiebre reumática, 2,4 veces más que en 1992. Diferentes encuestas de prevalencia de estreptococias en garganta en la población escolar indica-

ron valores entre 7 y 19%. En 1995 la fiebre reumática causó 66 defunciones, 37 en mujeres y 29 en hombres.

La enfermedad isquémica del corazón, con 1.330 defunciones en 1995 (11,6 por 100.000 habitantes) y predominio en la población masculina (1,4:1) y la enfermedad cerebrovascular, con 2.645 defunciones en 1995 (23,1 por 100.000), no han recibido una respuesta directa de las instituciones de salud pública, más allá de la atención en los servicios clínico-quirúrgicos.

Tumores malignos. En conjunto, los tumores malignos constituyen una importante causa de muerte. En 1995 el cáncer de estómago, con 804 defunciones en hombres (14,0 por 100.000 habitantes) y 644 en mujeres (11,2 por 100.000) fue la localización más frecuente. En los hombres, el tumor de próstata ocasionó 333 defunciones y el de pulmón, 250. Las hiperplasias de próstata fueron la novena causa de hospitalización masculina, con 4.436 casos. En las mujeres, el tumor del cuello del útero causó 676 defunciones (incluidos los tumores de útero no especificados) y el de mama, 243.

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Los únicos datos disponibles de desnutrición proteinoenergética en menores de 5 años provienen de mediciones directas del Sistema de Vigilancia Alimentario-Nutricional (SISVAN), del Ministerio de Salud Pública, y solo son representativos de las familias que acuden a los servicios del Ministerio. En los menores de 1 año se informa 10,7% de peso bajo para la edad (-2 DE a -3 DE) y 2,5% por debajo de -3 DE. El 21,1% de los niños de 1 a 4 años se encuentran entre -2 DE y -3 DE y 4,94% están por debajo de -3 DE. La media de retardo en el peso en menores de 1 año, que es de 13,26% en el nivel nacional, llega a 25,60% en la provincia del Carchi; 8 de las 18 provincias notificadas por el SISVAN se encuentran por encima de la mediana. En provincias muy pobres como Chimborazo la prevalencia de retardo en el peso en niños de 1 a 4 años es del orden de 40%, frente a una media nacional de 26%; 6 de las 18 provincias cubiertas presentan prevalencias mayores que la media nacional. El sistema no desglosa la información de prevalencia de niños con retardo entre -1 y -2 DE. La ENDEMAIN 94 estima la incidencia nacional de bajo peso al nacer en 13,9% y en 23,0% la de la sierra rural, mientras que el SISVAN la calcula en 8,9% en niños nacidos en unidades de salud.

El diagnóstico de la situación alimentaria y de salud de la población ecuatoriana de 1988 indicó que 69% de los menores de 1 año, entre 20% y 46% de los menores de 3 años y entre 10% y 22% de los niños entre 3 y 5 años sufrían de anemia por deficiencia de hierro. Un estudio de 1996 basado en una muestra representativa de escuelas de zonas de pobreza crítica señala que 37% de los escolares presentaban anemia, con mayor prevalencia en el primer grado escolar (45%) que

en el sexto (22%). La deficiencia de hierro es un grave problema de salud pública en todo el país y afecta principalmente a los niños pequeños, los escolares y las embarazadas.

En 1993 se informó deficiencia de retinol sérico (por debajo de 20 $\mu\text{g}/\text{dl}$) en 17,7% de los niños entre 12 y 59 meses de edad en poblaciones de pobreza crítica, con un rango de prevalencia de 9,6 a 25,6%. Varios estudios comprobaron que la deficiencia de vitamina A es un problema moderado, focalizado en ciertas parroquias de pobreza crítica.

En cuanto a los trastornos por deficiencia de yodo, el sistema de vigilancia del programa informa que en 1995, 94% de las muestras de sal contenían niveles de yodo superiores a 20 ppm; el consumo de sal yodada en la población rural alcanzó el 97% para el mismo año y la concentración de yoduria en 16 de 17 puestos centinelas presentó una mediana superior a 10 $\mu\text{g}/\text{dl}$. Esto representa un riesgo leve de sufrir desórdenes por deficiencia de yodo en la población general.

Según la ENDEMAIN 94, 95% de los niños nacidos vivos entre 1990 y 1994 había iniciado la lactancia materna; 36% de los niños que iniciaron lactancia lo hicieron en la primera hora de nacidos y 43,5% en el transcurso del primer día de vida. La duración promedio de la lactancia exclusiva es de 2 meses en el nivel nacional, con variaciones entre 3,8 meses en la sierra rural y 1 mes en la costa.

La obesidad (medida por índice de masa corporal superior a 25), las dislipidemias, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus no insulino dependiente, entre otras enfermedades crónicas asociadas con la dieta y las formas de vida inadecuadas, están en ascenso y afectan a la población de todos los niveles socioeconómicos, por lo que se observa un traslape epidemiológico en el que coexisten los desequilibrios y las deficiencias nutricionales. Esto se observa también en los escolares: un estudio de 1995 mostró que 19% de los escolares de Quito son obesos; 22% presentaban incluso dislipidemias mixtas. En consultas externas la diabetes comenzó a notificarse en 1994, con 7.044 casos (tasa de 62,8 por 100.000 habitantes); en 1996 se registraron 7.526 casos (64,3).

Accidentes y violencia. Los accidentes y las diferentes formas de violencia ocasionaron 7.465 defunciones en 1995 (65,1 por 100.000 habitantes). Predominan en los hombres en una relación de 4:1. Se estiman en 192.148 y 44.805 los años potenciales de vida perdidos (APVP) en hombres y mujeres, respectivamente. Los accidentes de tráfico y los homicidios son los que mayor proporción de muertes provocaron, sobre todo en la población masculina. Los accidentes terrestres aumentaron de 8.906 en 1994 a 10.743 en 1996. Las encuestas realizadas en diferentes ciudades en la década de 1990 y los registros de la Policía Nacional revelan que la mayor cantidad de víctimas de accidentes de transporte son los peatones y los usuarios de transporte colectivo; describen también el importante efecto de la negligencia y el abuso de alcohol como cau-

santes de estos. Los accidentes domésticos, también con tendencia creciente, llegaron a 12.239. Las atenciones ambulatorias por violencia y maltrato registradas en 1994, 1995 y 1996 fueron 3.708, 4.025 y 3.265 respectivamente. Las fracturas fueron la segunda causa de egreso hospitalario de hombres, con 14.136 casos y la quinta de mujeres, con 6.295.

Trastornos del comportamiento. Los trastornos del comportamiento son motivo de consulta creciente, en particular la depresión, que en 1996 encabezaba las principales causas, con 4.521 consultas (tasa de 38,7 por 100.000 habitantes), seguida por la epilepsia y el alcoholismo. Las consultas por dependencia de fármacos son escasas. Los trastornos mentales ocasionaron 5.291 egresos hospitalarios en hombres en 1995 (tasa de 9,2 por 10.000 habitantes). El alcoholismo tiene una prevalencia de 7,7% en la población mayor de 15 años. El tabaquismo se asocia con 6,0% de la mortalidad general. A comienzos de la década de 1990, la prevalencia estimada de fumadores habituales entre los adultos era del 21,6% y la razón hombre/mujer en este grupo era de 2,4:1, en tanto que la prevalencia de fumadores habituales entre los adolescentes era de 14,9%, sin diferencias significativas por sexo. En 1995, en la población de 12 a 49 años de edad se estableció una prevalencia de vida de 51,6% para el consumo de tabaco y de 76,4% para el consumo de alcohol, mientras que la prevalencia de consumo en el último mes llegó a 28,3% para el tabaco y 51,2% para el alcohol; en el mes precedente a la encuesta, 19,7% de los entrevistados habían consumido alcohol en exceso, lo que en más de una ocasión los había llevado a la embriaguez. El Comité Interinstitucional de Lucha Antibáquica desarrolla desde 1989 acciones coordinadas, sobre todo educativas, dirigidas a niños y adolescentes, y controla la publicidad y la ampliación de espacios libres de humo mediante instrumentos legales; sin embargo, el cumplimiento de las disposiciones se ve afectado por la falta de ejecutividad de las comisarías de salud.

El consumo de drogas ilícitas alcanzó una prevalencia de 3,2% en el grupo de 12 a 19 años, 6,0% en el de 20 a 29 años, 7,7% en el de 30 a 39 años y 3,3 en el de 40 a 49 años. La diferencia por sexo en el consumo de estas drogas es notable: 10,3% en hombres y 0,9% en mujeres, con una razón de 11,4:1.

Salud oral. De acuerdo con un estudio epidemiológico realizado en 1993 en la ciudad de Quito, el índice promedio de dientes cariados, perdidos u obturados (CPO-D) más alto correspondió al grupo de 45 y más años (26,5) seguido por los grupos de 35 a 44 años (20,3), 25 a 34 años (14,8), 15 a 24 años (8,6), y 6 a 14 años (2,1); la variable de piezas perdidas es más alta en los grupos mayores de 25 años. En 1996 se realizó otro estudio epidemiológico de salud oral en escolares fiscales de 6, 7, 8, 12 y 15 años de edad, de las zonas urbana y

rural, cuyos resultados indican que a los 6 años de edad 87% de los niños tienen caries y a los 12 años, 85%. El índice CPO-D en el grupo de 6 años es de 0,22 y a los 12 años es de 2,95. Se observó una reducción en comparación con los índices de 1988 (CPO-D 0,70 y 5,00 respectivamente).

Desastres naturales. Debido a su ubicación geográfica en el cinturón de fuego del Pacífico, el Ecuador está expuesto a diversos desastres naturales como inundaciones, sismos, erupciones volcánicas y sequías. La sequía que afecta a las provincias de Loja y El Oro en el sudoeste desde 1995 se ha convertido en verdadera emergencia nacional. En esta zona, agrícola por excelencia, la escasez de lluvias y la disminución del caudal de los ríos perjudicaron gravemente la economía de sus moradores obligando a muchos de ellos a emigrar. Asimismo, en zonas agrícolas de la costa se producen inundaciones anuales y las de 1997 perjudicaron a todas las provincias costeras. Las marejadas causaron importantes daños en la provincia de Esmeraldas, al norte de esta región. A fines de marzo de 1997 se registraron las lluvias torrenciales más importantes de los 10 últimos años, que provocaron en la provincia del Guayas la inundación de 80% del territorio, dos muertes, un sinnúmero de desaparecidos y unos 12.000 damnificados.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En 1992 se plantearon medidas de modernización de la gestión y financiamiento comunitarios para mejorar la cobertura de salud y la calidad de la atención. Se propició la participación del sector privado en la administración de los servicios sanitarios y se incentivaron mecanismos de recuperación de costos por medio de fundaciones especiales en los hospitales y en los servicios primarios, como el cobro selectivo por servicios, con la anuencia de comités comunitarios de salud. Estos cambios han tenido una aplicación limitada.

Se impulsó la descentralización de los servicios por medio de áreas de salud que constituyen la unidad básica de organización y gestión local de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública. Las 180 áreas del país incluyen centros y subcentros de salud y hospitales cantonales, que son el primer nivel de referencia en el desarrollo de los sistemas locales de salud.

En junio de 1993 se inició el proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE) en 41 áreas prioritarias. Este proyecto se fundamenta en la política de atención primaria de salud impulsada por el Ministerio de Salud Pública desde 1988. A partir de 1995, incluye un componente destinado a mejorar los servicios

de emergencia en las zonas urbanas. A mediados de 1997 se comenzó a diseñar un nuevo proyecto de Modernización y Desarrollo de Redes Integrales de Servicios de Salud (MODERSA).

La reforma del sector salud

La propuesta de reforma de la seguridad social del Consejo Nacional de Modernización presentada en el período 1992–1996, incluyó la de los servicios médicos. Al eliminar la afiliación obligatoria de los trabajadores formales al seguro público (IESS) se establece la competencia entre prestadores públicos y privados. El Consejo Nacional de Salud, presidido por el Ministro de Salud, elaboró una propuesta nacional alternativa, con la participación de todas las instituciones del sector público y privado y de la sociedad civil en los niveles central, provincial y local. Sus líneas fundamentales tienden a la organización de un sistema nacional de salud en el que el Ministerio de Salud tenga el papel conductor y regulador, sea el responsable de las acciones de salud pública y ponga en práctica un esquema de seguro de salud para ampliar la cobertura de atención médica, sobre la base de los principios de equidad y solidaridad y de una gestión descentralizada.

El debate sobre la reforma, que sigue abierto, ha dado lugar a numerosas iniciativas y propuestas de la seguridad social, del Frente Social, del gremio médico, de las organizaciones femeninas, de los indígenas y de las organizaciones no gubernamentales. Se lograron algunos consensos básicos para el desarrollo de una política estatal en la materia y para su progresiva puesta en marcha.

El proceso de reforma de salud no tuvo la continuidad esperada durante el Gobierno que se inició en 1996, al suspenderse el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud. En mayo de 1997 se efectuó una consulta popular, cuyos resultados comprometieron al Gobierno a convocar para fines de ese año a una Asamblea Constituyente que diera viabilidad a la reforma del Estado y, dentro de ella, la del sector salud.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El sector salud está constituido por diversas instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro, escasamente coordinadas y que operan sobre la base de acuerdos y normas del Consejo Nacional de Salud para la aplicación de instrumentos técnicos como la historia clínica unificada o las normas de atención en salud materno-infantil generadas en el Ministerio de Salud Pública.

El subsector público está constituido por el Ministerio de Salud Pública, el IESS, el Servicio de Sanidad de las Fuerzas

Armadas y de la Policía, el Instituto Nacional del Niño y la Familia, y el Ministerio de Bienestar Social. En él se pueden incluir también las instituciones autónomas de carácter privado que realizan prestaciones con finalidad social: la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. En conjunto, este subsector cubre aproximadamente 59% de la población, especialmente en atención hospitalaria. Se estima que el Ministerio de Salud Pública cubre a 31% de la población, la seguridad social a 18% y la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer y otras privadas sin fines de lucro a 10%, las Fuerzas Armadas y la Policía a 1%, diversas entidades privadas lucrativas a 10% y el 30% restante no recibe atención médica formal.

El Ministerio de Salud Pública es el organismo oficial del Estado responsable de la elaboración de políticas y normas sanitarias; a la vez, es el mayor efector de prestaciones integrales de salud y posee la red de servicios más amplia. La seguridad social está encabezada por el IESS, que atiende mediante afiliación personal a los trabajadores formales (28% de la PEA del país). La afiliación familiar a los trabajadores de la zona rural conforma el Seguro Social Campesino, cuya cobertura incluye prestaciones sociales (mortuoria, invalidez, vejez) y atención médica primaria. Las Fuerzas Armadas y la Policía tienen servicios ambulatorios y de hospitalización para sus miembros y familiares y funcionan con la modalidad de seguro de salud. La Junta de Beneficencia y la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil atienden a la población de medianos y escasos recursos de la región de la costa. La Sociedad de Lucha contra el Cáncer presta servicios especializados de diagnóstico y tratamiento en las principales ciudades del país. La Cruz Roja atiende emergencias y regula los bancos de sangre. La Subsecretaría de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda y los municipios que regulan y ejecutan acciones sanitarias también se consideran parte del sector público de salud.

Las organizaciones privadas con fines de lucro poseen establecimientos hospitalarios de diferente complejidad, consultorios y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para la población con capacidad de pago. Existen aseguradoras y entidades de medicina prepaga privadas. Una proporción importante de la población, principalmente la de escasos recursos, y sobre todo la de la zona rural, recurre a la medicina tradicional.

Desde fines de 1996, la Comisión Especial de Salud del Honorable Congreso Nacional ha analizado diversos proyectos de ley vinculados con la salud, entre ellos el de provisión de vacunas, y ha revisado las propuestas sobre regulación de las empresas privadas de salud y medicina prepaga y sobre descentralización y participación popular, que establece la participación de los municipios, los consejos provinciales y las organizaciones de la comunidad en acciones de salud.

Los principales organismos del sector, el Ministerio de Salud Pública y el IESS, aplican diferentes modelos de descentralización. El del Ministerio se basa en la propuesta de organización de áreas de salud, que constituyen pequeñas redes de servicios con delimitación geográfico-poblacional de atención y un esquema de descentralización técnica y desconcentración de la ejecución de algunas acciones administrativas, programación y ejecución del presupuesto. La ley de presupuesto vigente desde 1994 faculta la constitución de entidades presupuestarias a este nivel, a condición de que exista el recurso técnico capacitado para desarrollar este tipo de actividades. Las áreas de salud ejecutan sus planes de intervención según su propia capacidad resolutoria, sobre la base de la atención primaria de salud y con un fuerte componente de participación comunitaria. A pesar de estar constituidas exclusivamente por unidades del Ministerio, guardan concordancia con la propuesta de organización y desarrollo de los sistemas locales de salud. Por su parte, el IESS aplica un esquema de descentralización de los aspectos administrativos que se concreta en las grandes regiones. A su vez, este subsector tiene una estructura compleja, puesto que su objetivo primordial es administrar varios tipos de seguros y prestaciones, entre ellas, las de salud.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud. Si bien según la Constitución de la República le corresponde al Ministerio de Salud la regulación, dirección y control de todo el sector, esto no se ha concretado, cada una de las instituciones del sector realiza sus prestaciones de acuerdo con sus políticas, objetivos y recursos; coexisten problemas generales como la escasa coordinación intra e interinstitucional e intersectorial, las deficiencias en el aprovechamiento de los recursos, el bajo rendimiento de los servicios en los diferentes niveles de atención y la falta de un sistema de información gerencial. El Proyecto FASBASE está normalizando las prestaciones en el nivel primario, para enlazarlas con una red integral de servicios de salud (MODERSA).

Certificación y ejercicio de profesiones de la salud. La Dirección de Control Sanitario del Ministerio de Salud Pública, de conformidad con el Código de la Salud vigente, es el organismo regulador de las prestaciones de salud en general y realiza el registro de títulos y el control de la práctica de los profesionales universitarios en ciencias de la salud. La reforma del Código de la Salud, que está en estudio, incluye una propuesta de codificación general de todos los aspectos legales relacionados con la práctica médica.

Fiscalización de tecnologías, medicamentos y otros insumos médicos. El abastecimiento público de medicamentos se efectúa mediante tres mecanismos, a veces superpuestos:

el Centro Estatal de Medicamentos e Insumos Médicos (2%–6% en valores), la importación directa (10%–20%) efectuada principalmente por el IESS, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer y la Junta de Beneficencia de Guayaquil, y las adquisiciones locales (74%–88%). La indefinición de ámbitos y responsabilidades entre las diferentes instancias que intervienen en la fijación, revisión y control de precios ha producido restricciones en la regulación del mercado de medicamentos y servicios de salud. No se han puesto en práctica mecanismos de defensa del consumidor.

El control de calidad de los medicamentos en los ámbitos privado y estatal ha mejorado sensiblemente con la aplicación de las Buenas Prácticas de Manufactura y con las oportunidades de exportación y producción para terceros o bajo licencia. Entre 1993 y 1997 se inspeccionaron 72% de las plantas instaladas en el país y se capacitó a 90% de los involucrados en el cumplimiento de esta norma, fijada desde 1994 como requisito para el funcionamiento, registro sanitario y trámites de exportación según el modelo de la Organización Mundial de la Salud.

El 95% de los equipos, aparatos e insumos para la salud es importado. El registro sanitario de estos productos no está definido. En general, existe subutilización del equipamiento, principalmente del altamente sofisticado, y de la tecnología tanto en el sector público como en el privado.

Regulación ambiental. La Comisión Asesora Ambiental de la Presidencia, creada en 1993, promovió la elaboración de principios ambientales básicos, políticas ambientales generales y el Plan Ambiental Ecuatoriano, que identifica los principales problemas ambientales, las zonas geográficas más perjudicadas, las actividades productivas que más inciden en el medio y los factores restrictivos de la gestión ambiental. Existen unidades ambientales en varios ministerios y entidades encargadas de la gestión ambiental, cuya acción se orienta hacia una toma de decisiones y acciones institucionales basadas en el equilibrio armónico entre lo económico, lo social y lo ambiental, y a normalizar, monitorear y controlar el uso y manejo de recursos naturales y la calidad del ambiente. La Ley Nacional del Medio Ambiente constituirá el marco general para la gestión ambiental.

El Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE), a través de su Unidad Ambiental y con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), ejecuta proyectos y diseña políticas que incorporan la estrategia ambiental a los planes nacionales de desarrollo. Existen dos políticas ambientales sectoriales: la de Agua Potable y Saneamiento Básico y la de Educación Ambiental para el Desarrollo Sostenible. Se elaboraron disposiciones para incrementar las exigencias ambientales en la explotación de hidrocarburos que se incluyeron expresamente en los nuevos contratos. Los municipios de las principales ciudades (Quito, Guayaquil y Cuenca) han impulsado

una vigorosa política ambiental urbana consistente en el fortalecimiento de sus unidades ambientales y laboratorios, la ejecución de programas de prevención de la contaminación del aire (Quito) y la expedición y aplicación de ordenanzas municipales tendientes a reducir la contaminación industrial originada en fuentes fijas y móviles. Se efectuaron estudios sobre el manejo de sustancias químicas y existe un plan nacional para promover su uso racional. El Comité Consultivo de Sustancias Químicas y la Comisión Nacional de Toxicología han promovido la elaboración de un proyecto de ley sobre sustancias químicas. El sector privado, por medio de la Asociación de Importadores y Formuladores de Agroquímicos, participa en el Programa Nacional de Uso Racional de Agroquímicos. Por su parte, la Cámara de Industriales apoya las actividades que promueven un manejo adecuado de los productos químicos industriales.

Control de los alimentos. El Ministerio de Industrias, Comercio, Integración y Pesca, por conducto del Instituto Ecuatoriano de Normalización, es la entidad responsable de la normalización sanitaria y de control de la calidad de los alimentos. Dicho instituto es el punto focal de la Comisión del Codex Alimentarius y realiza sus funciones en coordinación con los ministerios de Salud y de Agricultura, y con las demás entidades oficiales y privadas vinculadas a la cadena total de producción de alimentos.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

De los 205 municipios existentes en 1997, siete participan en el movimiento de municipios saludables: Tena, Riobamba, Portoviejo, Ibarra, Cuenca, Loja y Quito. Las líneas de acción fundamentales del movimiento giran en torno a actividades de desarrollo, uno de cuyos ejes fundamentales es la salud. Algunos, aunque no están encuadrados formalmente en el movimiento, llevan a cabo actividades que merecen destacarse, por ejemplo, el campo de turismo y es de interés en los municipios de Ibarra y Vilcabamba, el desarrollo sustentable orienta las acciones de los municipios de Tena y Cuenca, mientras que el de Quito considera un desarrollo espacial y organizativo con acciones de salud y ambiente, educación, comunicación, transporte, seguridad, movilización y participación social. Algunos centros académicos convergen con propuestas de capacitación y talleres que analizan los procesos de promoción de la salud y su relación con el trabajo de los gobiernos locales, como la Escuela Politécnica del Chimborazo y la Universidad de Loja. El Núcleo Provincial para la Reforma del Sector Salud en Cuenca contempla una propuesta participativa con miras a convertir al Azuay en una "provincia saludable".

Programas de prevención y control de enfermedades.

El Ministerio de Salud Pública ejecuta programas nacionales de prevención, control o erradicación de los principales problemas de salud. Las iniciativas abarcan tuberculosis, dermatología sanitaria (que incluye lepra y leishmaniasis), enfermedades tropicales (malaria, enfermedad de Chagas, dengue y oncocercosis), rabia, sida y otras enfermedades de transmisión sexual, enfermedades crónicas no transmisibles (sobre todo el control del cáncer), cólera, y el Programa Nacional de Vacunación. La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), iniciada en 1996, tiene como principales objetivos mejorar el tratamiento de los niños con infecciones respiratorias agudas y diarreas y disminuir la mortalidad en las zonas de mayor riesgo. El control de las enfermedades estreptocócicas y la prevención de la fiebre reumática, incluidos en los programas de epidemiología y de control de enfermedades respiratorias en la población infantil, se retiró del paquete de atención de AIEPI por la baja incidencia de la angina estreptocócica en los menores de 5 años.

Para controlar otras enfermedades no consideradas en el Programa Nacional de Vacunación, existe un proyecto de introducción de nuevas vacunas, previa valoración de riesgos y determinación de urgencias de intervención en las distintas zonas del país y para diferentes grupos de edad. Estas son las vacunas contra hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo B, y la triple viral contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP). El proyecto incluye la vigilancia epidemiológica de las enfermedades correspondientes.

Sistema de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. Entre 1992 y 1995 fue notoria la ausencia de información epidemiológica sistematizada en los distintos niveles de atención del Ministerio de Salud Pública. Prácticamente cada programa manejaba su propio sistema de vigilancia y de información en forma no coordinada. En 1996, la Dirección Nacional de Epidemiología, junto con epidemiólogos provinciales y funcionarios vinculados con el tema, lograron la aplicación de un formulario semanal de notificación obligatoria de enfermedades transmisibles (EPI-1) y el uso de un formulario de información mensual de casos confirmados (EPI-2). En 1997 se normalizó la vigilancia, se canalizó apropiadamente la información y se incorporaron otras instituciones de salud (IESS, Policía) a la vigilancia, para mejorar el sistema existente e impulsar la investigación epidemiológica.

La información hospitalaria es parcial y heterogénea. Están en revisión las normas estadísticas y de archivo clínico, así como el sistema de información de recursos y servicios del Ministerio de Salud, lo que, aunado a la capacitación de personal de las unidades de salud en estas áreas y en el manejo de la CIE-10, ampliará el conocimiento de la situación sanitaria general.

El Sistema de Vigilancia y Control Epidemiológico no utiliza o subutiliza la información de los laboratorios de referencia en el nivel nacional. La información almacenada en el sistema de laboratorios del Instituto Nacional de Higiene, de la Cruz Roja y de los hospitales no se procesa ni utiliza en toda su potencialidad. Se prevé analizarla tanto en la esfera nacional como provincial una vez que se complete la integración del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional.

Control de la calidad del ambiente. Los recursos hídricos acusan el persistente aumento de la contaminación generalizada por coliformes y sedimentos, provocado por la descarga incontrolada de diversos efluentes en los cursos de agua que atraviesan ciudades o zonas de explotación petrolera, minera, agroindustrial y agrícola de exportación. Hay un gran incremento del nivel de contaminación del aire, especialmente en grandes ciudades como Quito y Guayaquil, por las emisiones de vehículos automotores y de la industria. En Quito, las partículas totales en suspensión superan desde 1979 la norma de $60 \mu\text{g}/\text{m}^3$, con valores que progresivamente han alcanzado $300 \mu\text{g}/\text{m}^3$ en 1994 (cinco veces el límite máximo aceptable); los polvos sedimentables han superado el límite de $1 (\mu\text{g}/\text{cm}^2)$ 30 días. El anhídrido sulfuroso no supera aún el límite aceptado, pero su tendencia es creciente. Los niveles de plomo en el aire de Guayaquil para 1990 y de Quito para 1991 se aproximaron al máximo permitido de $0,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Los niveles de plomo en sangre en una muestra de embarazadas, recién nacidos, escolares y vendedores ambulantes de Quito revelaron valores superiores al máximo permitido de $10 \mu\text{g}/\text{dl}$.

El acelerado crecimiento de la población urbana ha ocasionado grandes desequilibrios entre la oferta y la demanda de vivienda y de servicios básicos, sobre todo en las ciudades grandes (Quito y Guayaquil) e intermedias (Machala, Esmeraldas, Portoviejo, Ambato y Loja). Se estima un déficit de 500.000 viviendas en el sector urbano y 700.000 en el rural.

Un estudio del subsector de agua potable y saneamiento básico realizado en 1993 dio impulso a una nueva política de modernización del sector y al Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural (SANEBAR), con el que se espera lograr la cobertura universal rural para el 2005.

Para reducir los niveles de contaminación del aire por combustibles de automotores, desde 1976 la red ECUAIRE proporciona datos de monitoreo de Quito, Guayaquil, Cuenca y Ambato. En 1996, en colaboración con la Agencia de los Estados Unidos para la Protección del Ambiente y la Organización Mundial de la Salud, se evaluó la red y se diseñó un programa para su mejoramiento. En Quito se puso en funcionamiento una red automatizada de monitoreo (US\$ 2.000.000) y se está controlando la contaminación de vehículos. El Programa Nacional para la Eliminación del Plomo en las Gasolinas, vigente desde 1996, abarca a distintos sectores ambientales. Entre 1993 y 1996, la Comisión Asesora Ambiental desarrolló pro-

yectos estratégicos y programas básicos para superar los problemas ambientales y combatir sus causas. Los organismos de la sociedad civil vigilan y denuncian acciones perjudiciales para el ambiente y los medios de comunicación colectiva han intensificado su acción en beneficio del ambiente. El Ministerio de Medio Ambiente, con el apoyo de la Comisión Asesora Ambiental, implanta un proceso permanente de gestión ambiental que contribuye al desarrollo sostenible. El Proyecto de Asistencia Técnica para la Gestión Ambiental, con recursos del Banco Mundial, favorece las iniciativas de Gobierno, las municipalidades y las organizaciones no gubernamentales, mediante el Proyecto de Asistencia Técnica y Rehabilitación Ambiental en el Ecuador, el Plan de Manejo Ambiental en la Amazonia, la Gestión Ambiental Municipal y la Gestión Ambiental en el Área del Golfo de Guayaquil.

Servicios de agua potable y alcantarillado. En 1996 los servicios de agua abastecían a 69,7% de la población y los de alcantarillado a solo 41,7%. Las poblaciones urbanas tenían mayores niveles de cobertura (81,5% y 61,4% respectivamente) que las rurales (50,9% y 10,4%). Entre 1992 y 1996 se pusieron en práctica programas de instalación de letrinas para 1.841.000 habitantes, que beneficiaron a 9,1% de la población urbana y 26,3% de la rural.

Manejo de residuos sólidos municipales, incluidos los hospitalarios. El promedio nacional de recolección de residuos sólidos alcanza a 51,6% de la producción (69,6% en la zona urbana y 7,5% en la rural); gran parte se deposita en basureros abiertos, quebradas y esteros. La ciudad más poblada del país, Guayaquil, mejoró y amplió en 1995 su sistema de recolección. En Guayaquil se aplica un nuevo sistema de recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos en rellenos sanitarios, que se complementa con un sistema de manejo diferenciado de residuos hospitalarios. Quito puso en funcionamiento una estación de transferencia, mejoró los vertederos y promovió el desarrollo de microempresas comunitarias para la recolección y transporte, ampliando su cobertura a 85% de la población. Ciudades intermedias como Cuenca, Riobamba, Loja y Ambato tienen programas maestros de gestión de residuos sólidos que incluyen el manejo de los residuos hospitalarios. Desde 1994, cuando se constituyó el Comité Interinstitucional de Gestión de Desechos Hospitalarios, se ha informado y capacitado a por lo menos 2.000 trabajadores de la salud y empresas de limpieza del país. Por lo menos 20 hospitales entre los públicos y los privados ejecutan programas de manejo de residuos sólidos en marcha y en enero de 1997 se publicó el reglamento de acción para los establecimientos de salud de todo el país.

Protección y control de los alimentos. El Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Farmacología y Control Sani-

tario/División de Control de Alimentos, ejecuta los lineamientos políticos de control de la calidad de los alimentos. En el nivel operativo, las Direcciones Provinciales de Salud y las Áreas de Salud realizan las actividades de inspección de alimentos procesados industrialmente: las Municipalidades, por medio de las Direcciones de Higiene Municipal, controlan las ventas ambulantes de alimentos. El análisis microbiológico de alimentos se realiza en los laboratorios del Instituto de Higiene y Medicina Tropical "Izquierda Pérez", del Ministerio de Salud Pública. La Dirección Nacional de Epidemiología inició en 1996 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos, que forma parte del Sistema Continental de Vigilancia de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos, implementado y coordinado por el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ/OPS). Funciona activamente la Tribuna Ecuatoriana de Consumidores y Usuarios, miembro de la Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores, que promueve acciones de control de calidad de los alimentos y de defensa del consumidor y edita bimensualmente una revista informativa.

Promoción de la salud, ayuda alimentaria y preparación para desastres. El programa de promoción de módulos de desarrollo lechero en el área de desarrollo rural integrado, que se ejecuta en Cañar, orientado a pequeños productores de leche, brinda cobertura a 4.000 familias; el de Atención primaria en salud y mejoramiento del saneamiento básico para las provincias de Esmeraldas, Manabí, Chimborazo, Azuay y Cotopaxi, dirigido a mujeres embarazadas, lactantes y niños, cubre a 76.920 personas; el de Colación escolar para mejorar la enseñanza en zonas prioritarias, de alcance nacional, dirigido a escolares, brinda cobertura a 500.000 estudiantes; el de Apoyo integral para el sector urbano marginal de Quito, dirigido a mujeres, cubre a 31.800 familias.

Existe un programa de preparativos para casos de desastres que se ejecuta en el Ministerio de Salud Pública desde hace varios años y cuyos logros han sido moderados. Las actividades consisten principalmente en realizar simulacros regulares en hospitales para poner a prueba los planes de contingencia, efectuar tareas de coordinación con entidades del sector salud e introducir el tema de la mitigación de desastres en las actividades sanitarias. Defensa Civil impulsó a fines de 1996 nuevas iniciativas para mejorar la coordinación entre las distintas entidades. Diversas universidades incluyeron el tema de los desastres en sus planes de estudio. La Cruz Roja Ecuatoriana y otras organizaciones no gubernamentales de socorro tienen programas de preparativos para casos de desastre.

Se observa una tendencia decreciente en la ayuda alimentaria internacional en el período 1990-1995: el Programa Mundial de Alimentos redujo su contribución de US\$ 1.671.176 en 1992 a solo \$91.596 en 1994, en parte por la

disminución de la capacidad de gestión del país. Los principales donantes han sido el Canadá, los Estados Unidos y la Unión Europea. En los últimos años, el Programa Mundial de Alimentos se constituyó en la única fuente de donación de alimentos para distribución directa; su cooperación representó 36% del total de ayuda alimentaria.

Durante la década de los 1980 hubo un enorme crecimiento de las organizaciones no gubernamentales en salud. Sus actividades se orientan hacia el desarrollo comunitario, el desarrollo de la mujer, la atención de la salud, la investigación y la capacitación. Sus acciones son por lo general autónomas y aún no se ha logrado coordinarlas con las del Ministerio de Salud Pública.

El subsector privado con fines de lucro brinda atención a la población mediante el pago de tarifas de diferentes niveles en establecimientos de diversa índole, desde consultorios ambulatorios hasta servicios de alta sofisticación tecnológica en los campos de hospitalización y de medios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Servicios de salud. En 1995 había 3.462 establecimientos de salud, 2.988 (86,3%) sin internación y 474 con internación. De los primeros, 51,4% corresponden al Ministerio de Salud Pública; 32,6% al IESS y Seguro Social Campesino, y el restante 16% está integrado por las demás instituciones del sector. De los establecimientos con internación, 26% corresponden al Ministerio de Salud Pública y 62,7% al sector privado; el resto se distribuye en pequeñas proporciones entre las demás instituciones. El total de unidades operativas de salud incluye hospitales generales, especializados y cantonales, y clínicas particulares. Entre las unidades sin internación hay centros y subcentros de salud, puestos sanitarios y dispensarios médicos. La mayoría de los establecimientos con internación se ubican en la zona urbana, mientras que de los que no ofrecen internación, 57,1% corresponden a la zona urbana y 42,9% a la rural.

En cuanto a las camas hospitalarias, para 1995 la dotación normal era de 18.873. Las camas disponibles eran 17.804, con la siguiente distribución: el Ministerio de Salud Pública 7.812 (43,9%), la Junta de Beneficencia y la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil 2.580 (14,5%), el IESS 1.839 (10,3%), el Ministerio de Defensa 916 (5,1%), la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, los municipios y la Policía 624 (3,5%) y el sector privado 4.033 (22,6%).

En 1995 se produjeron 50,8 egresos hospitalarios por 1.000 habitantes en 1995; la disponibilidad de camas por 1.000 habitantes fue de 1,6, valor estable desde 1988; el porcentaje de ocupación fue de 53,1%; el promedio de días de estancia 5,9 y la tasa de defunciones hospitalarias por 1.000 egresos 18,1,

mientras que, en relación con la población total, se mantuvo en 0,9 por 1.000 habitantes. El total de consultas de morbilidad fue de 9.719.664; las preventivas fueron 3.040.414, lo que representa una relación de 3,2:1. El total de atenciones de emergencia ese año fue de 1.205.207.

Desde 1995 funciona la Red Nacional de Emergencias Médicas, destinada a disminuir la morbimortalidad por esta causa. Se fortalecieron los servicios públicos de atención, comunicaciones y transporte en Quito, Guayaquil y Cuenca y se contempla incluir las emergencias cerebrovasculares, que han estado tácitamente asignadas a las empresas y servicios privados a los que no puede acceder la mayoría de la población, en especial si se trata de servicios de calidad.

Servicios especializados. Los servicios odontológicos registraron 2.319.824 intervenciones, de las que 1.231.608 corresponden a primeras consultas y 1.088.216 a subsecuentes, esto significa una cobertura de 10,7% de la población total, con una concentración de 1,9 consultas. En rehabilitación no hay información sobre la cantidad de pacientes que requieren este tipo de atenciones. Se realizaron algunos esfuerzos nacionales para enfrentar la problemática de los discapacitados; sin embargo, la accesibilidad de esta población a servicios y facilidades acordes con sus necesidades es escasa.

Insumos para la salud

Medicamentos. De 32 plantas productoras de medicamentos ubicadas en Quito y Guayaquil, 28% pertenecen a empresas transnacionales que fabrican 60% de los productos que se consumen localmente, y las restantes fabrican adaptaciones de productos para el consumo local (65%), y para terceros (35%). De 25% a 30% de esta producción se exporta a países latinoamericanos. En el decenio de 1990 el mercado de los medicamentos experimentó un crecimiento anual promedio de 4,5% en cantidad de unidades y de 22% en valores. La importación de medicamentos, favorecida por la política de precios, cubre 30%–40% de las necesidades del mercado, con un aumento anual de 10%. El mercado de medicamentos representa un promedio anual de US\$ 220 millones y comprende 70 millones de unidades vendidas; 61% son productos de marca y 36% innovadores, casi todos son importados y la presencia de genéricos es de 3%, pese a que existen facilidades para su registro sanitario. Las adquisiciones del subsector conformado por el IESS, el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía y el Ministerio de Salud Pública representan 10%–15% del mercado; las de las instituciones privadas (Sociedad de Lucha contra el Cáncer, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Clínicas y hospitales) 35%–40% y el resto corresponde a 3.900 farmacias privadas, en su mayoría carentes de dirección profesional.

El mercado de insumos médicos es de US\$ 30 millones, dispersos en una cantidad indeterminada de proveedores, muchos de ellos ocasionales y concentrados en la venta de reactivos para análisis clínicos, elementos de radiodiagnóstico y material biomédico. Su registro sanitario no está suficientemente definido; además, es frecuente la informalidad en la comercialización de estos materiales. Los hospitales de especialidades los compran directamente y muchas veces los pacientes se hacen cargo de los gastos emergentes.

El Estado redujo su inversión en medicamentos entre 1985 y 1993 de 3,5% a 3,1% del gasto total del Ministerio de Salud Pública. Solo 21,5% de la población tiene acceso a medicamentos. En el ámbito urbano el porcentaje de gasto mensual familiar en salud creció entre 1991 y 1995 de 42% a 54%; la mitad de este gasto corresponde a medicamentos.

Los procesos de garantía de calidad de la infraestructura y la metodología han contrarrestado la sensible reducción de personal capacitado, originada por el achicamiento del Estado, lo que ha impulsado la introducción del control posregistro, complementando la evaluación previa. La introducción, por consenso, de las normas ha sido determinante para el mejoramiento de la garantía de la calidad de medicamentos.

Productos inmunobiológicos. La producción local de las vacunas BCG, DPT (difteria, tos ferina, tétanos), doble (dT) y toxoide tetánico por parte del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical abastece 30% a 40% de la demanda anual. Deben importarse los biológicos faltantes para cubrir las necesidades del Programa de Inmunizaciones. Las vacunas contra el sarampión y la poliomielitis no se producen en el país y se importan por medio del Fondo Rotatorio de la OPS/OMS, así como las antitoxinas diftérica y tetánica. El país ha sufrido desabastecimientos periódicos de vacunas por falta de pago oportuno al Fondo, que afectaron al desarrollo normal de las actividades de vacunación en las unidades operativas y produjeron el alejamiento de los usuarios. En 1997 se sancionó una ley para solucionar en forma definitiva este problema.

Desde 1995 el Instituto Nacional de Higiene integra el Programa Regional de Buenas Prácticas de Manufactura y Control de Calidad de las Vacunas; sin embargo, la infraestructura requiere un mejoramiento sustancial en los departamentos de producción y control de calidad. Se espera mejorar la situación con el apoyo financiero del Gobierno del Japón.

Reactivos. El nivel de desarrollo tecnológico no posibilita la producción de insumos de laboratorio para satisfacer las demandas nacionales. La comercialización se realiza sobre la base de la demanda específica de los laboratorios, lo que determina que la oferta sea limitada. Por otro lado, las empresas comercializadoras, limitadas en número, no brindan la asesoría técnica necesaria, convirtiéndose en simples vendedores de insumos.

Recursos humanos

Existencia por tipo de recurso. Los registros de personal empleado en instituciones de salud en 1995 presentan las siguientes razones por 10.000 habitantes: médicos 13,3, enfermeras 4,6, odontólogos 1,6, parteras 0,7 y auxiliares de enfermería 11,8. Esta relación debe analizarse a la luz de una inadecuada distribución de los recursos, con mayor concentración en la región de la sierra: el total de 15.212 médicos que trabajan en establecimientos de salud se distribuye a razón de 16 médicos por 1.000 habitantes en la sierra, 11,5 en la costa y 8,1 en la región amazónica. Similar situación se observa en las diferentes especialidades. Este fenómeno se relaciona con la distribución y ubicación de las universidades formadoras de recursos humanos en salud. Igualmente, la concentración de los recursos se relaciona con el desarrollo económico provincial: 63,2% del total del personal sanitario se encuentra en las provincias de Guayas, Pichincha y Azuay, con 28,6%, 27,7% y 6,9% respectivamente, que son las más desarrolladas del país. El 65,8% de los médicos, 50,4% de los odontólogos, 68,5% de las enfermeras y 54,9% de las parteras se concentran en las provincias mencionadas, es decir que existe una alta concentración del recurso humano (90% del personal sanitario), en las zonas urbanas. En 1995 se registraban 1.788 odontólogos, 5.212 enfermeras y 13.511 auxiliares de enfermería.

Formación del personal de salud. Se observa una tendencia reciente hacia la formación orientada a la atención primaria y a la medicina familiar. Entre 1994 y 1996 se han incorporado al proceso formativo dos nuevas universidades privadas que incluyen la carrera de Medicina. Se ha hecho hincapié en la formación de profesionales con niveles de posgrado en las áreas de Salud Pública, Epidemiología y Gerencia en Salud. La mayor experiencia en la formación de investigadores es la que se realiza en los programas de posgrado de las universidades, específicamente en Ciencias de la Salud, donde también se han formado administradores en salud. Las especialidades clínicas aportan con un componente de investigación en su formación. El 50% de los diferentes programas de posgrado de las universidades presentan actividades científicas debidamente estructuradas.

Educación permanente del personal de salud. La mayor parte de las actividades de educación en servicio se desarrollan por iniciativa de los gremios de profesionales, que planifican la realización de los diferentes eventos por especialidades. La mayoría de ellos cuenta con el apoyo de las empresas privadas y con el aval de las universidades; sin embargo, no se lleva un registro del número y tipo de eventos ni del total de personas capacitadas. En el sector oficial las instituciones realizan su programación de acuerdo con los intereses de desarrollo de los programas de servicios. En el ám-

bito del Ministerio de Salud Pública solo se capacita al personal para la aplicación de normas técnicas y las actividades sistemáticas del Proyecto FASBASE. Desde 1997 se adoptó la modalidad de incluir al personal de otras áreas en los eventos programados. Un factor desfavorable en el Ministerio de Salud Pública ha sido el limitado apoyo que recibió la capacitación en general, a tal punto que el débil Instituto Nacional de Capacitación (INAC) desapareció de la estructura orgánica en 1994. Sin embargo, se han desplegado esfuerzos en el Ministerio con el apoyo de organismos de cooperación (la OPS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas [FNUAP], la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, CARE, la Embajada del Reino de los Países Bajos, las organizaciones no gubernamentales y las universidades) para diseñar un Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Atención de los servicios de salud, consistente en la formulación y desarrollo de materiales e instrumentos para la capacitación en gerencia, basados en métodos de educación de adultos. La Universidad Nacional de Loja trabaja en el diseño de un innovativo plan de educación permanente, en el que se integra el sector educativo y el sector asistencial del Ministerio de Salud, principalmente.

Mercado de trabajo de los profesionales de la salud.

Hay desfase entre la oferta y la demanda de recursos humanos; en la década de 1980, de 1.000 aspirantes a médicos egresaban 245, de los cuales 122 podían acceder a una residencia en cualquier institución de salud y solo 75 obtenían un cargo definitivo o de planta en el mercado laboral del sector. De 1.000 aspirantes a odontólogos matriculados en primer año, 326 se graduaban y solo 50 obtenían un cargo definitivo. En enfermería, de 1.000 matriculados en primer año, 150 se graduaban y 141 accedían a un cargo definitivo. Las políticas salariales mantienen una dinámica más lenta que los procesos inflacionarios, lo que determina un rápido deterioro de la capacidad adquisitiva y origina conflictos laborales, tanto por reclamos de los diferentes grupos profesionales como de los demás trabajadores de las instituciones públicas de salud. El conflicto de mediados de abril de 1997 se extendió por más de 11 semanas.

Investigación y tecnología en salud

El desarrollo de la ciencia y la tecnología ha sido débil, lo que se evidencia por el limitado número de publicaciones y las escasas patentes otorgadas. El presupuesto estatal para la investigación corresponde apenas a 0,1% del producto nacional bruto (PNB) y no existe un sistema nacional estructurado de ciencia y tecnología. Muchos de los proyectos de investigación obedecen al interés particular de los investigadores y la

mayoría de los estudios se realizan en el sector estatal, principalmente en el ámbito universitario. Las actividades se relacionan más con adaptaciones tecnológicas que con la generación de nuevos conocimientos. Sobresalen los proyectos relacionados con biotecnología, salud y nutrición.

Se ha constituido una organización de carácter mixto para la elaboración de políticas de ciencia y tecnología, con apoyo del BID, una fundación cuyo directorio está constituido por representantes de la Vicepresidencia de la República, las universidades, los Ministerios de Educación y Cultura y de Industrias, las cámaras de la producción y la comunidad científica. Uno de los problemas identificados en este campo se refiere a la escasez de recursos humanos dedicados a la investigación.

Documentación científica. El acceso a la documentación científica se ha visto facilitado por la integración de redes computarizadas de información; sin embargo, como resultado de la crisis económica, la publicación de material científico y de otro tipo ha disminuido notablemente. Las pocas revistas científicas que subsisten, como las de las universidades, se publican con mucho retraso.

Gasto y financiamiento sectorial

Cada institución del sector tiene su particular fuente de financiamiento, conforme la población que atiende. El Ministerio de Salud Pública se financia con recursos fiscales provenientes de los impuestos generales, rentas de la exportación petrolera, tasas y contribuciones especiales y los aportes de la cooperación internacional. La atención médica del IESS tiene como fuente principal los aportes de empleados y empleadores, equivalente a 3,4% del valor de la nómina. En los últimos años, dado el bajo financiamiento de las prestaciones de salud, se hicieron transferencias internas del fondo de pensiones. En 1994, el déficit estimado del seguro de enfermedad y maternidad alcanzó los US\$ 100 millones, que fueron compensados con fondos de pensiones. El Seguro Social Campesino se financia con el 1% del valor de la nómina de modo tripartito: 0,35% del valor de la nómina de los asegurados urbanos, 0,35% de aporte de los empleadores y 0,30% de aporte del Estado, a lo que se adiciona una cuota mensual simbólica de los jefes de familia de 1% del salario mínimo vital; es decir, es un régimen subsidiado por el Programa General del IESS y por el Estado. La Junta de Beneficencia de Guayaquil recibe un aporte del Presupuesto General del Estado que no supera el 5% de su presupuesto y se financia básicamente con los beneficios provenientes de la Lotería Nacional, del rendimiento financiero de sus inversiones y de la recuperación parcial de costos de los servicios de salud y otros. La Sociedad de Lucha contra el Cáncer tiene asignacio-

nes fiscales y recibe el producto de impuestos directos a transacciones en el sistema financiero. Los servicios privados se financian por el gasto directo de las familias, que se constituye en la mayor fuente de financiamiento de la atención de salud en el país, dadas las dificultades que presentan las fuentes financieras para los servicios públicos.

La información sobre el gasto en atención de salud del sector es muy reciente, poco fidedigna e incompleta, en particular la del sector privado. Los datos disponibles indican que el gasto público en salud como porcentaje del gasto total del Estado ha bajado de 5,5% en 1992 a 4,6% en 1996. Aparte de su escasez, es evidente su distribución inequitativa, así como su utilización ineficiente y centralizada.

El gasto privado creció en los últimos años, a la vez que disminuyó el componente del gasto del Gobierno central. Ello está en correspondencia con la crisis fiscal y los programas de ajuste que redujeron enormemente las asignaciones al sector social (de 7,8% del PIB en 1992 a 5,2% en 1996). En el Ministerio de Salud Pública, el gasto como porcentaje del PIB cayó de 1,0% en 1985 a 0,75% en 1995. En el interior del sector público, la diferencia entre el gasto per cápita de un asegurado al IESS general (US\$ 117 en 1994) y al Ministerio de Salud Pública (\$15) es inmensa, y también lo es con un asegurado por el sistema del Seguro Campesino (\$17). En general los gastos del IESS en la prestación médica se mantienen equivalentes, con una leve tendencia al aumento, a pesar de la grave crisis financiera por la que atraviesa desde hace algunos años y el crecimiento de su demanda, sobre todo del sector de asegurados campesinos. De acuerdo con la legislación vigente desde 1981, se ha comenzado a aplicar un plan de recuperación parcial de costos en los hospitales públicos mediante el pago de un valor por las consultas, los exámenes de diagnóstico y otros insumos que antes eran gratuitos.

Según las últimas encuestas de hogares realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) para 1995, 54% del gasto privado o directo se destina a medicamentos, frente a 42% en 1991; le sigue el gasto en consultas externas con 22% en 1995 frente a 26% en 1991. El gasto en hospitalización en 1995 fue de 9%, muchísimo más bajo que en 1991 (25%), lo que puede reflejar la contracción de la demanda por los costos crecientes (directos e indirectos) y el incremento de las prácticas de la automedicación. También se anota un 9% para el gasto en equipos, incluidas las prótesis y otros gastos relacionados, frente a 5% en 1991, y la compra de seguros privados representó 6% en 1995 frente a 2% en 1991.

Según la encuesta de Condiciones del Vida del Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional (SECAP), en los hogares más pobres el gasto promedio en salud en 1994 fue de 17% del gasto familiar, y en el sector urbano fue de 12%. El promedio de los sectores medios y altos no superó el 5%. Un 3,8% de las familias gastó en el pago directo de servicios de

salud una cantidad mayor que 30% de sus ingresos monetarios totales, lo que traduce una estructura de gasto y financiamiento en el sector salud profundamente inequitativa.

Cooperación técnica y financiera externa

Diversos organismos de cooperación técnica y financiera: la OPS/OMS, el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), el BID, la USAID, Cooperación Belga y la Agencia de Cooperación de los Países Bajos y otros países europeos, han brindado importante apoyo al sector salud del Ecuador en el período 1992–1997.

El Banco Mundial otorgó créditos para el desarrollo y ejecución del Proyecto FASBASE, para ampliar la cobertura y mejorar los servicios básicos de los grupos más desprotegidos urbanos y rurales. Del total de US\$ 102 millones (30% son fondos del Gobierno nacional), hasta julio de 1997 se habían ejecutado \$25 millones. El proyecto MODERSA, orientado hacia la organización de redes de servicios, incluidos los hospitales, cuenta con financiamiento del Banco Mundial por \$30 millones. Los recursos del Proyecto de Asistencia Técnica para la Gestión Ambiental provienen del Banco Mundial por un monto de \$15 millones (\$5 millones provienen del Gobierno nacional).

El BID ha contribuido con cerca de US\$ 2 millones para una propuesta de reforma estructural del sistema de atención médica del IESS y a la modernización de la gerencia de su sistema hospitalario. Asimismo, apoya con \$1 millón al Consejo Nacional de Modernización, para el Proyecto de Modernización del Sector Agua Potable y Saneamiento. La elaboración de políticas de ciencia y tecnología cuenta con un financiamiento de \$30 millones, de los cuales \$23 millones provienen de un crédito del BID y \$7 millones de fondos que aporta el Gobierno nacional.

El Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural (SANEBAR) cuenta con el apoyo del Gobierno de España por US\$ 30.000, mientras que el Programa de Prevención del cólera, educación sanitaria y letrización tuvo el apoyo del Gobierno sueco por \$400.000. El Programa de control del cólera y enfermedades diarreicas tiene financiamiento de la Unión Europea para el fortalecimiento de los laboratorios de análisis clínico y de la vigilancia epidemiológica.

La USAID ha financiado por aproximadamente US\$ 2 millones proyectos orientados hacia el mejoramiento de la capacidad gerencial del Ministerio de Salud Pública, como los sistemas de información/informática y de costo y calidad de servicios, y los programas de salud maternoinfantil.

La Cooperación Belga apoyó la consolidación del programa de control del bocio endémico y el diseño e implantación de modelos alternativos de atención primaria de salud, con un monto de US\$ 1 millón.

El Proyecto de Apoyo a la Política Nacional de Medicamentos (Ecuador/OPS-OMS/Holanda), en su segunda fase (1997–2000) cuenta con una donación de US\$ 900.000 para el desarrollo de la atención farmacoterapéutica del sur del país. Dentro de la cooperación holandesa se destaca el proyecto subregional de control de la violencia ejercida contra la

mujer, por un monto de \$1,6 millones; en 1997 estaba en su segundo año de ejecución.

El Proyecto Espacios Saludables, iniciado a mediados de 1997 en cuatro cantones deprimidos de la provincia de Loja, ha recibido financiamiento cercano a US\$ 4 millones de la Agencia de Cooperación de los Países Bajos.

EL SALVADOR

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

A mediados de 1995 la economía salvadoreña entró en una fase de desaceleración. En 1992 y 1993 el producto interno bruto (PIB) alcanzó un crecimiento “real” —ajustado según la inflación— de más de 7%. En 1994–1995 el PIB solo creció 6% y en 1996, 3%. Esta reducción del ritmo de crecimiento se asoció con la reducción de la demanda interna, y con el menor dinamismo de las exportaciones de bienes y servicios y el cambio de las expectativas empresariales. El resultado fue una disminución importante de la inversión interna bruta del sector privado, que pasó de representar 16,6% del PIB en 1995 a 11,9% en 1996.

Durante el período 1990–1995 el motor del crecimiento económico fue la demanda interna generada por un incremento sostenido del consumo. Este fue financiado con las divisas provenientes de los Acuerdos de Paz, el creciente flujo de remesas enviadas por salvadoreños residentes en Estados Unidos y Canadá —unos US\$ 1.000 millones cada año— y la expansión del crédito al sector privado.

Como resultado de la política de estabilización la inflación se redujo a 7,4%, el mínimo desde 1975. La política de libertad y convertibilidad cambiaria se mantuvo estable en 1996, con un tipo de cambio nominal de 8,75 colones salvadoreños por dólar estadounidense. Las reservas monetarias internacionales netas se incrementaron a US\$ 1.100 millones, un equivalente a 81% de la base monetaria y a cinco meses de importaciones de bienes. Lo anterior fue posible debido a la reducción del déficit de la balanza comercial y de la cuenta corriente de la balanza de pagos. El ahorro y la inversión internos han recuperado niveles de 16% y 18% del PIB, respectivamente, similares a los de los años setenta.

La desaceleración impactó la economía de la población trabajadora. Según un informe del Consejo Monetario Cen-

troamericano, la tasa de desempleo abierto en 1996 fue de 10%, a pesar de que en los dos años anteriores se había reducido a 7,7%. Los salarios mínimos nominales no llegaron a modificarse en 1996; ajustados según la inflación disminuyeron 6,7%.

En el ámbito político los aspectos más sobresalientes de los últimos años son los avances de la reforma y la modernización del Estado, el progreso en la participación política y electoral y la finalización del período de cumplimiento de los Acuerdos de Paz.

En la actualidad el debate nacional entre el Gobierno y los diferentes sectores sociopolíticos se centra en la segunda fase de la reforma estructural o modernización del Estado. Esta requiere cambios que demandan mayor participación de la empresa privada, sin la cual difícilmente se lograría imprimir consistencia y continuidad a esa reforma. Los temas de debate son las estrategias para mejorar las condiciones sociales y la competitividad nacional, mantener la estabilidad macroeconómica, desarrollar instituciones modernas, aumentar la competitividad del sector privado, llevar a cabo la reforma de los servicios de salud, de la educación y otros servicios públicos, y desarrollar una nueva forma de inserción en la economía internacional. Un principio que comanda el proceso de modernización es que el gobierno no debe ser productor de bienes y servicios. En esa línea el Gobierno ha impulsado la privatización de numerosos activos.

Por otra parte, el período de aplicación de los Acuerdos de Paz ha llegado a su término y la mayoría de los acuerdos —el programa de transferencia de tierras, el de inserción de excombatientes en la vida productiva, las reformas políticas y del sector judicial, las modificaciones de la policía y las fuerzas armadas y las reformas políticas y electorales— se han cumplido.

Comparando los indicadores de la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples 1991–1992 con los de la de 1995, se observa que la población que no tenía ningún año de estu-

dio pasó de 26% en 1991 a 21,5% en 1995, y la que tenía más de seis pasó de 23% a 28,5%. La tasa neta de inscripción en la educación básica aumentó de 79% en 1989 a 94% en 1996. La tasa de deserción en educación básica bajó de 15% en 1989 a 6% en 1996 y la tasa de repetición, de 8% en 1990 a 6% en 1996. El analfabetismo disminuyó de 42% en 1989 a 23% en 1996.

Hay un problema importante de hacinamiento en viviendas improvisadas y en ranchos y chozas rurales. El tipo de vivienda más frecuente es la vivienda independiente, tendiendo a desaparecer la casa colectiva (mesón), los ranchos y chozas rurales y las casas improvisadas urbanas.

En saneamiento básico hay grandes deficiencias y marcadas desigualdades entre áreas urbanas y rurales. Las coberturas alcanzadas son muy bajas y los servicios prestados son generalmente deficientes. Los datos de cobertura disponibles (1995) indican que 53% de la población del país cuenta con abastecimiento público de agua. La población urbana tiene una cobertura de 86% (80% con conexión domiciliaria y 6% con pila pública o cantarera) y la población rural, 17% (16% con conexión domiciliaria y 1% con pila pública). La cobertura de eliminación de excretas alcanza a 69% de la población. En el área urbana 57% de la población urbana está conectada a sistema de alcantarillado y 25% dispone de letrinas. En el área rural 56% de la población dispone de letrinas.

El gasto en educación constituyó en 1994 la décima parte del gasto público, manteniéndose la tendencia al ascenso desde 1990. En cambio el gasto en vivienda fue solo de 0,5% en 1995, cuando en 1985 había sido casi de 6%.

El gasto social “real” —a precios constantes— fue 17% menor en 1994 (¢1.200 millones) que en 1985 (¢1.000 millones). Lo mismo ocurrió con el gasto real en educación. Solamente el gasto real en salud creció de cerca de ¢280 millones de 1985 a casi ¢400 millones.

Los indicadores de pobreza han experimentado una disminución importante: de niveles de alrededor de 60% en 1990 se ha pasado a 47,5% en 1995.

Como parte de la estrategia para combatir la pobreza el Gobierno ha promovido una política de desarrollo local orientada a dinamizar la economía de los pequeños productores en alianzas competitivas con el sector empresarial del nivel local.

La guerra que duró desde los años setenta hasta 1992, año en que se firmaron los Acuerdos de Paz, ocasionó un brusco cambio de la dinámica demográfica salvadoreña. Durante estos años aumentó la mortalidad masculina y se acrecentó la migración hacia el exterior y la separación de parejas, lo que contribuyó a disminuir la fecundidad.

En 1997 la población se estimó en 5,91 millones de habitantes, de los cuales 49,0% son hombres y 51,0% mujeres. La tasa de crecimiento demográfico anual es de 2,1%.

De los 14 departamentos del país, el más poblado es el de San Salvador, donde vive 30,7% de la población. La concentración urbana de la población es cada vez mayor. En 1996, 56,7% de la población vivía en áreas urbanas y 43,3% en áreas rurales. En 1995 la tasa de crecimiento demográfico urbano (2,6%) duplicó la rural (1,3%). La población salvadoreña es predominantemente joven y por cada 100 personas en edad productiva hay 72 que dependen de ellas. En 1996 los menores de 5 años representaban 13% de la población; el grupo de 5 a 14 años, 24%; el de 15 a 19, 12%; el de 20 a 24, 11%; el de 25 a 59, 34%; el de 60 años y más, solo 6%.

Durante los años setenta se inició una intensa emigración que creció hasta llegar a unas 69.000 personas anuales entre 1980 y 1985. Luego disminuyó hasta unos 11.000 emigrantes anuales entre 1990 y 1995. Se estima que en ese período la población rural experimentó una tasa neta anual de emigración —hacia el extranjero o hacia zonas urbanas— de 13 por 1.000.

La tasa global de fecundidad en 1990–1995 en las áreas urbanas fue de 3,1 hijos por mujer; en las rurales, 4,2. Para el período 1995–2000 se estima una tasa global de fecundidad promedio de 3,2.

La tasa bruta de natalidad en 1990 fue de 30,1 por 1.000 habitantes. En 1996 fue de 28,3 por 1.000.

Mortalidad

En el período 1990–1995 se estimaron unas 36.000 defunciones por año, lo que implica una tasa bruta anual de mortalidad de 7,0 por 1.000 habitantes.

En 1994 se registraron 30.541 defunciones, estimándose un subregistro de alrededor de 21%. Las enfermedades del aparato circulatorio ocuparon el primer lugar como causa de muerte, con 33%, seguidas por las causas externas, con 19% de las defunciones (83% en el sexo masculino, siendo predominantes en este grupo las lesiones no intencionales y los homicidios), los tumores, con 14,2%, las enfermedades transmisibles, con 10% (con predominio de las enfermedades infecciosas intestinales), y las afecciones originadas en el período perinatal, con 4,3%. Con excepción de los tumores, la mortalidad por todas estas causas de muerte fue mayor en el sexo masculino.

De todas las defunciones ocurridas en 1994, las de menores de 1 año representaron 9%; de 1 a 4 años, 2%; de 5 a 9 años, 1%; de 10 a 19 años, 4,6%; de 20 a 59 años, 36,2%, y de 60 años y más, 47,2%.

La esperanza de vida estimada para el período 1985–1990 fue de 63,4 años para ambos sexos, en hombres 59 años y en mujeres 68. Para el período 1990–1995 fue de 67,1 años, aumentando a 63 años en varones y a 71 en mujeres.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La mortalidad infantil oscila entre 32 y 55 por 1.000 nacidos vivos. En un estudio en hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se halló una mortalidad de 22,8 por 1.000 nacidos vivos en 1994. En general se acepta que las estimaciones más reales son las de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 93), según la cual habría una mortalidad infantil de 41 por 1.000.

En 1994 se registraron 2.653 defunciones de menores de 1 año, aproximadamente 12% menos defunciones que en 1992.

En la FESAL 93 se detectó mayor mortalidad infantil en el área rural, lo que se debió a la mayor mortalidad posneonatal en las zonas rurales (22 por 1.000 frente a 13 por 1.000 en las urbanas).

En 1994, la causa de 49% de las muertes en menores de 1 año fueron las afecciones originadas en el período perinatal, 29% de las mismas debidas a retraso del crecimiento fetal, desnutrición e inmadurez; 19% a hipoxia, asfixia y a otras afecciones respiratorias, y 1% a enfermedades de la madre que afectan al feto y al recién nacido. En 29% de las muertes en menores de 1 año el motivo fueron las enfermedades transmisibles, con un predominio de las infecciones intestinales (57%) y las neumonías (29%).

En el grupo de 1 a 4 años hubo 600 defunciones en 1994 y la principal causa de muerte fueron las enfermedades transmisibles, con 47%. De estas, 60% fueron infecciones intestinales. Las causas externas contribuyeron con 16,3% de la mortalidad en este grupo.

En la morbilidad atendida en 1996 en consultas externas, notificada por el Ministerio de Salud Pública, en menores de 1 año las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar con 22% del total de primeras consultas. El segundo lugar, con 6% de las consultas, lo ocupó el parasitismo intestinal; en tercer lugar, la infección intestinal mal definida, con 4,0%.

En el grupo de 1 a 4 años la primera causa de morbilidad de la consulta externa en 1996 fueron las infecciones respiratorias agudas, con 41% del total de primeras consultas. El parasitismo intestinal aportó 10%, y la infección intestinal mal definida, 7%.

Las principales causas de egreso hospitalario en las unidades del Ministerio en niños de 1 a 4 años en 1996 fueron la neumonía y la bronconeumonía con 19% del total de egresos; la infección intestinal mal definida con 13%; el asma y el espasmo bronquial no especificado con 10%, y las infecciones respiratorias agudas con 4%.

En 1994 hubo 302 defunciones de niños de 5 a 9 años, 41% debidas a causas externas y 20% debidas a enfermedades

transmisibles. Entre las causas externas, los accidentes ocuparon el primer lugar con 49%, siendo mucho más frecuentes en el sexo masculino. Los homicidios, la mayor parte también de varones, representaron 7% de las muertes por causa externa. Entre las enfermedades que generaron mayor mortalidad en este grupo destacan las infecciones intestinales, las neumonías, los trastornos de la nutrición y la anemia. Este patrón de distribución de la mortalidad no ha variado en los últimos años.

En niños de 5 a 14 años las infecciones respiratorias agudas contribuyeron con 30% del total de primeras consultas, seguidas por el parasitismo intestinal con 15% y las infecciones urinarias con 3%.

La salud del adolescente

En 1994 aproximadamente la mitad de la mortalidad —46%— en el grupo de 10 a 14 años se debió a causas externas. Las lesiones no intencionales, homicidios y suicidios han sido las principales causas de muerte, con 55%, 22% y 20%, respectivamente, con predominio en varones, a excepción del suicidio.

Las enfermedades del aparato circulatorio fueron responsables de 18% de las defunciones en el grupo de 10 a 14 años.

En el grupo de 15 a 19 años las causas externas fueron las predominantes, con 67%. Los homicidios y las lesiones no intencionales fueron las causas más relevantes de mortalidad dentro de estas. La distribución por sexo denota un marcado predominio de homicidios en hombres. El suicidio predomina en mujeres.

La segunda causa de mortalidad de adolescentes de 15 a 19 años fueron las enfermedades cardiovasculares y en tercer lugar todas las demás enfermedades, entre las cuales la principal causa de muerte son las complicaciones del embarazo y del parto.

Del total de mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, solamente 4,4% usaron anticonceptivos en su primer coito. El problema de la ilegitimidad de la nueva familia originada por el embarazo de la adolescente se añade al de la edad de la pareja, ya que alrededor de 30% de estas adolescentes se unen a hombres al menos seis años mayores que ellas.

De los casi 1.300 delitos que tienen lugar cada mes, 69% son cometidos por adolescentes y jóvenes de menos de 25 años, muchos de ellos reincidentes.

Según el censo de 1992, 52% de los adolescentes son estudiantes de educación básica, 7% de educación media y menos de 1% de educación superior; 41% no estudian o entran tardíamente al sistema educativo.

En 1988, en la encuesta de Evaluación de la Situación Alimentaria y Nutricional se halló que solo 8,5% de las familias tenían una adecuada ingesta de hierro, y entre los grupos más

afectados por la ferropenia estaban los adolescentes. La Encuesta Nacional de Bocio Endémico en Escolares reveló en 1990 la existencia de bocio por falta de yodo en 25% de los escolares de entre 7 y 14 años. La prevalencia fue notablemente mayor en el área rural (31%) y en las niñas (28%) en comparación con los niños (21%).

El uso de drogas en estudiantes adolescentes está aumentando. En un estudio realizado por la Fundación Salvadoreña en 1992, las bebidas alcohólicas y el tabaco resultaron las principales drogas consumidas por este grupo en la capital, seguidas a distancia por los estimulantes y tranquilizantes, la marihuana y la cocaína, estas últimas mucho más habituales en adolescentes de clase alta. En los grupos más postergados el uso de inhalantes es considerable.

La salud del adulto

En el grupo de 20 a 59 años se registraron 11.056 defunciones durante 1994. Las causas externas fueron responsables de 35% de las muertes, siendo los homicidios responsables de 50% de las defunciones por causas externas, los suicidios de 27% y las lesiones no intencionales de 21%. Mientras los suicidios predominaron en mujeres, los homicidios y las lesiones no intencionales fueron mayoritarios en hombres.

Todas las demás enfermedades y las del aparato circulatorio comparten el segundo lugar, con 22% cada una. En todas las demás enfermedades ocupan la posición más importante los trastornos mentales y dentro de ellos el alcoholismo.

Los tumores malignos representan 14,7% de las defunciones. Los más frecuentes son los de órganos digestivos y peritoneo, con 24% del total, y los genitourinarios, con 19% y predominio en el sexo femenino.

En el grupo de 15 a 44 años, en 1996 las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar como causa de consulta externa, con 11% del total de primeras consultas. La infección urinaria ocupó el segundo lugar, con 6%.

Las principales causas de egreso hospitalario en la población de 15 a 44 años atendida en unidades del Ministerio de Salud Pública durante 1996 fueron las complicaciones del parto y del puerperio, con 18,3% del total de egresos.

La tasa de mortalidad materna estimada para El Salvador en 1993 fue de 119 por 100.000 nacidos vivos.

En los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el control prenatal de las embarazadas aumentó de 44,6% en 1992 a 55,5% en 1996. En el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) la cobertura de la población asegurada (14% del total) llegó a 98% en 1995 y el promedio de consultas por embarazada fue de 5,1.

El porcentaje de embarazadas inscritas en control de embarazo en el Ministerio antes de las 12 semanas de gestación fue de 37,3% en 1995 y de 38,3% en 1996.

Se estima que la población que demanda servicios privados (10% del total de la población) tiene una cobertura de atención prenatal de más de 95%.

En la población cubierta por el Ministerio la proporción de partos en hospital se ha incrementado de 37,1% en 1992 a 42,1% en 1996. En el ISSS aumentó de 10,9% en 1992 a 14,0% en 1996. Se estima que en 1996 en el sector privado se atendieron 10,0% del total de partos, por lo que los partos hospitalarios pudieron haber sido ese año 66,3% del total.

La incidencia de cesáreas en las maternidades del Ministerio aumentó de 20,0% de los partos en 1992 a 22,9% en 1996.

El parto en el hogar atendido por partera tradicional capacitada se incrementó de 20% en 1992 a 23% en 1996.

En los servicios del Ministerio en 1992 el personal médico atendió 69% de los partos, el de enfermería 16% y el auxiliar de enfermería 16%. En 1995 los porcentajes fueron 93%, 3% y 4%, respectivamente. En el ISSS y en los servicios privados 100% de los partos fueron atendidos ese año por personal médico. El parto atendido por personal capacitado se elevó de 68% en 1992 a 79% en 1996.

La salud del adulto mayor

En 1992 vivían en El Salvador unas 379.000 personas de 60 años y más, 53,7% mujeres y 46,3% varones. De esa población, 55% eran residentes de áreas urbanas y 45% de áreas rurales, 53,4% eran analfabetos, 23,5% eran personas económicamente activas, estaban jubilados 20,8%, 29,9% no tenían ingresos y 25,8% no recibían dinero de familiares que vivían en el extranjero.

En 1994 se produjeron en este grupo de edad 14.443 defunciones de las que cerca de la mitad fueron debidas a enfermedades cardiovasculares. La segunda causa de mortalidad fueron los tumores, con 20%. En tercer lugar, todas las demás enfermedades aportaron 18% de las defunciones; de estas, 10% fueron debidas a diabetes (69% de las defunciones por esta enfermedad ocurrieron en mujeres).

Las seis causas más frecuentes de egresos hospitalarios en pacientes de este grupo de edad en unidades del Ministerio en 1996 fueron en orden decreciente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia renal crónica, la neumonía y la bronconeumonía, la diabetes mellitus, las hernias abdominales, la enfermedad cerebrovascular y las cataratas.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. En 1995 hubo 9.529 casos de dengue clásico y 129 de dengue hemorrágico —se consideró un año epidémico—; los serotipos

responsables fueron el 3 y el 4 y los meses con mayor incidencia, julio y agosto. En 1996 se notificaron 795 casos de dengue clásico y un solo caso de dengue hemorrágico. La mayor incidencia se registró en la zona oriental del país. Entre 1991 y 1995 han circulado en el país los cuatro serotipos de dengue y en 1995 lo hicieron simultáneamente los serotipos 3 y 4.

La población salvadoreña residente en 1996 en áreas de transmisión del paludismo era de algo menos de 5,5 millones. En 1994 se registraron 2.798 casos, 3.358 en 1995 y 5.884 en 1996. El índice parasitario anual ha aumentado de 0,52 en 1994 a 1,0 en 1996. Todos los casos son debidos a *Plasmodium vivax*.

De 55.069 muestras de sangre sometidas a control de calidad durante 1996, 2,2% fueron seropositivas a la enfermedad de Chagas. La última encuesta entomológica realizada en 1997 mostró únicamente la presencia de *Triatoma dimidiata*, con un índice de infestación de casas variable de 2% a 47%. En 1995 un estudio realizado en los departamentos de Santa Ana, Ahuachapán y Sonsonate demostró la presencia de *Triatoma dimidiata* en 86% de las viviendas examinadas; 63% de los vectores estaban infestados por *Trypanosoma cruzi*. En 1996 un estudio en 200 embarazadas del departamento de Chalatenango mostró una seroprevalencia de 5%.

La leishmaniasis causada por *Leishmania chagasi* constituye un problema importante de salud en el departamento de San Vicente. En 1996 se detectaron 129 casos, 94% en el área rural y 65% en mujeres. En el grupo de 5 a 14 años se concentraron 47% de los casos.

Enfermedades inmunoprevenibles. Las coberturas de vacunación con BCG y tres dosis de DPT en menores de 1 año en 1995 y 1996 fueron de 100%. En 1995 la cobertura de vacunación con las tres dosis de la vacuna antipoliomielítica oral fue de 94%, y en 1996, de 100%. En septiembre de 1994 El Salvador fue declarado libre del virus salvaje de la poliomielitis. La cobertura de vacunación antisarampión en 1995 alcanzó 93%, y en 1996, 97%. El 82% de las mujeres en edad fértil fueron vacunadas con dos dosis de toxoide tetánico.

En 1994 se presentaron 12 casos de tos ferina; en 1995, 4 y, en 1996, 3, sin que se registrara ninguna defunción en ese trienio, en el que tampoco se detectó caso alguno de difteria; solo hubo un caso de sarampión en 1996. La incidencia de tétanos neonatal se ha reducido considerablemente: en 1994 hubo 9 casos con 4 defunciones; en 1995, 3 casos sin defunciones, y en 1996, 5 casos y una sola defunción.

Hasta 1997 las campañas nacionales de vacunación se han seguido realizando a razón de tres campañas por año.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. En 1991, año en que se introdujo el cólera en el país, se notificaron 945 casos con una letalidad de 3,5%. Durante los cuatro

años siguientes se registraron respectivamente 8.106, 5.525, 15.280 y 6.447 casos, con una letalidad en los cuatro años de ese período de 0,6%, 0,2%, 0,3% y 0,1%. En 1996 se registraron solamente 182 casos, con una letalidad de 1,1%.

En 1996 el parasitismo intestinal fue la segunda causa de morbilidad, registrándose 233.406 casos con una tasa de incidencia de 4.745 por 100.000.

En 1996 se notificaron 146.188 casos de enfermedad diarreica, con una incidencia de 2.972 por 100.000. En 1996 la enfermedad diarreica fue la tercera causa de morbilidad.

Infecciones respiratorias agudas. En 1994 la neumonía fue la causa de 31% de las defunciones por enfermedades transmisibles, y los más afectados fueron los menores de 1 año y los ancianos. En 1995 la neumonía ocupó el segundo lugar dentro de las 10 primeras causas de mortalidad hospitalaria, con 371 defunciones en 14.684 egresos, lo que significa una letalidad de 2,5%.

En 1995, las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar como causa de morbilidad, con 721.538 consultas; la neumonía ocupó el quinto, con 99.472. En 1996 las infecciones respiratorias agudas y la neumonía ocuparon los mismos lugares como causas de morbilidad, con 795.758 y 98.428 consultas, respectivamente.

Rabia. Se registraron 15 casos de rabia humana en 1993, 13 en 1994, 7 en 1995 y 12 en 1996.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. De 1984 a diciembre de 1996 se notificaron 1.789 casos de sida. A partir de 1991 la tasa de incidencia anual se incrementó progresivamente, pasando de 2,5 por 100.000 habitantes en 1992 a 7,6 por 100.000 en 1996. En 1996 se registraron 417 casos de sida y 264 VIH positivos.

En 1996 hubo tres casos de sida en varones por cada dos casos en mujeres.

La vía predominante de exposición al VIH es la sexual, que contribuyó a 88,5% de los casos entre 1991 y 1996 (75,8% de los casos con exposición heterosexual, homosexual en 7,2% y bisexual en 5,5%). A la transmisión vertical madre-hijo se atribuyeron 4,1% de los casos, a uso de drogas endovenosas 1,2% y a transfusiones sanguíneas 0,6%.

De 1991 a 1996 se han registrado 80 casos de sida en menores de 12 años, de ellos 50% en menores de 1 año. Desde 1984 a 1996 se han notificado 1.514 VIH positivos diagnosticados en bancos de sangre y en laboratorios públicos y privados. De ese total, 89% provinieron de áreas urbanas.

La incidencia anual de sífilis adquirida se ha mantenido estable entre 1992 y 1996 debido a que las intervenciones de prevención a nivel nacional tienen baja prioridad. En 1992 la incidencia de sífilis fue de 33,6 por 100.000; en 1995 fue de 25,6 por 100.000.

La incidencia de chancro blando en 1992 fue de 48,6 por 100.000; en 1995 de 14,7 por 100.000. De linfogranuloma venéreo se registraron 7,4 casos por 100.000 habitantes en 1993; en 1995 fueron 4,2 por 100.000. La gonorrea tiene alta incidencia y prevalencia pero su notificación ha presentado una leve disminución de 1993 (81,8 por 100.000) a 1995 (79,5 por 100.000). El herpes genital ha presentado una incidencia estable en los últimos años. En 1993 se notificaron 21 casos por 100.000 habitantes y en 1995, 23 por 100.000. La incidencia de tricomoniasis urogenital se estimó en 1993 en 260 por 100.000 habitantes; en 1994, en 362, y en 1995, en 296 por 100.000.

Enfermedades crónicas transmisibles. En 1996 la incidencia de casos de tuberculosis con baciloscopia positiva fue de 67,3 por 100.000; la de tratados, 64,3; curados, 51,9; abandonos, 8,5; fracasos, 0,4, todos ellos por 100.000 habitantes. La enfermedad mostró una tendencia al descenso durante 1995 y 1996, más marcada este último año.

La lepra está en fase de eliminación. En total hay registrados 20 casos crónicos y 9 casos nuevos. Todos son adultos. Con diagnóstico de lepra multibacilar hay dos casos nuevos y cinco antiguos.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. En la FESAL 93 se midió el peso y la talla de los menores de 5 años en todo el país. El porcentaje con baja talla para la edad fue de 22,8%, lo que representa una disminución con respecto a la proporción de 31,7% que se estimó en 1988; el porcentaje con bajo peso para la edad descendió de 16,1% a 11,2%. La desnutrición crónica en las áreas rurales (28,1%) fue mayor que la de las zonas urbanas (13,6%). El porcentaje de retraso del crecimiento en menores de 5 años fue cinco veces mayor (33,6%) en hijos de madres sin educación formal que en los de madres con 10 o más años de educación (7,1%). La desnutrición crónica en la población de nivel socioeconómico bajo (31,4%) fue mucho mayor que en el nivel medio (18,7%) y en este mayor que en el nivel alto (9,4%). Las diferencias entre niñas y niños fueron muy escasas.

Respecto a la desnutrición aguda, dada por el peso insuficiente para la talla, la FESAL 93 reveló que 1,3% de los menores de 5 años tienen un valor de peso para la talla inferior a la media menos 2 desviaciones estándar.

En 1993 la prevalencia de desnutrición global —déficit de peso para la edad— fue de 11,2% a nivel nacional, siendo la proporción en zonas rurales (14,0%) el doble que en las zonas urbanas (7,2%). El porcentaje de bajo peso para la edad en hijos de madres con bajo nivel educativo fue cinco veces mayor que en los de madres con 10 años o más de educación.

La prevalencia de desnutrición global asciende de 4,8% entre los menores de 1 año a 14,4% entre los de 12 a 35 meses, y vuelve a descender a 10,6% entre los de 35 a 59 meses.

El estudio realizado en febrero-marzo de 1994 en 78 municipios de alto riesgo para establecer la línea basal para el Programa Nacional de Nutrición reveló prevalencias de desnutrición más altas que las de la FESAL 93. La desnutrición global encontrada fue de 14,9%; la crónica, de 25,5%, y la aguda, de 3,8%. Según el análisis de ingesta alimentaria, en estos 78 municipios 58% de las embarazadas no cubren sus necesidades calóricas y 40,5% no cubren las de proteínas.

Las deficiencias de yodo, de vitamina A y de hierro son problemas de importancia sanitaria en el país. La Encuesta Nacional de Bocio Endémico en Escolares mostró en 1990 que el bocio endémico es un problema importante, presente en 24,8% de los escolares de 7 a 14 años (28,4% en niñas y 20,8% en niños). La prevalencia en escolares de zonas rurales (30,6%) es mayor que en los de áreas urbanas (20,7%). En 1996 el contenido de yodo de 90% de la sal producida en el país era biológicamente significativo (>20 mg/kg).

En 1988, en la Evaluación de la Situación Alimentaria y Nutricional se halló una ingesta insuficiente de vitamina A en una proporción muy grande de la población. En las áreas rurales el consumo de más de 70% de la población infantil no llegaba a la mitad de la dosis recomendada. En 1994, en un estudio para establecer un nivel basal para el Programa Nacional de Nutrición se estimó que la ingesta de vitamina A no llegaba a cubrir las necesidades fisiológicas de 95% de las embarazadas, 96% de las madres que amamantan y 99% de los niños de 6 a 36 meses de edad.

La Evaluación de la Situación Alimentaria y Nutricional de 1988 mostró una ingesta de hierro adecuada solo en 8,5% de las familias. La investigación indicó que en el área metropolitana la mayor contribución a la ingesta de hierro procede de los productos de origen animal, mientras que en las áreas rurales el hierro procede sobre todo de los frijoles y la ingesta promedio de este elemento es mucho menor. En 23% de los menores de 5 años se hallaron niveles de hemoglobina indicativos de anemia (<11 g/dl). El grupo más afectado fue el de 12 a 17 años, con 51% de anemia. Según la encuesta de 1994 para el Programa Nacional de Nutrición, en los 78 municipios estudiados la alimentación de 93% de las embarazadas, 68% de las madres lactantes y 85% de los niños de 6 a 36 meses no cubría las necesidades de hierro.

Según la FESAL 93, menos de 25% de los niños de 3 meses habían recibido lactancia materna exclusiva; la mayoría tomaba leche materna y suplementos. El suplemento más común en los menores de 3 meses fue el agua; el uso de atoles o sólidos fue mínimo. La duración promedio de la lactancia exclusiva se estimó en menos de 1 mes, la de la lactancia completa en 2,8 meses y la de la lactancia de cualquier tipo, en 15,5 meses.

El porcentaje de niños amamantados disminuyó entre 1988 y 1993 de 93,1% a 91,2%. El descenso se atribuye principalmente a cambios en la población del área metropolitana. En el mismo período hubo incrementos mínimos en la duración promedio de la lactancia. El porcentaje de niños amamantados fue más bajo en el área metropolitana (86,4%) que en el área rural (94,0%). La incidencia y duración de la lactancia fue menor en los estratos de mayor nivel educativo y socioeconómico. Las mujeres que trabajan fuera del hogar amamantaron menos que las amas de casa. En los nacidos en hospitales la proporción de amamantamiento fue menor que en los nacidos en partos atendidos por parteras. Las cifras más bajas de amamantamiento correspondieron a los nacidos en hospitales privados o del Seguro Social.

Enfermedades cardiovasculares y tumores. Las enfermedades cardiovasculares fueron en 1994 la primera causa de defunción, con 33% del total, predominando en varones, a los que correspondieron 51,8% de las muertes por esta causa.

Los tumores ocuparon el cuarto lugar como causa de muerte en 1994, con 14,2% del total; 60,4% de las muertes correspondieron al sexo femenino y 39,6% al masculino. Los tumores malignos más frecuentes como causa de muerte fueron los de órganos digestivos, con 30,2%. Se estima que en 1996 hubo en todo el país 5.436 primeras consultas por tumores malignos, de los que 43% fueron de cuello uterino, seguidos por los tumores malignos de estómago, con 14% del total.

Causas externas de morbimortalidad y trastornos del comportamiento. Las lesiones no intencionales o "accidentes" y las muertes violentas fueron en conjunto la tercera causa de mortalidad en 1994 —19% de las defunciones—, predominando en varones, con 84% del total de defunciones. Casi 90% de las defunciones por causas externas se produjeron en los grupos de entre 15 y 59 años.

En 1995 se registraron 4.210 delitos sexuales y 9.912 casos de violencia familiar. El Instituto de Medicina Legal notificó 667 casos de violencia familiar, en los que 84% de las víctimas fueron mujeres, agredidas casi siempre por sus compañeros, esposos o padres.

En 1994 el Ministerio de Salud Pública notificó 1.961 casos de intoxicaciones por plaguicidas; en 1995, 1.439 casos y en 1996, 1.469. En 1996 se introdujo la ficha de investigación de intoxicaciones y se estudiaron 506 casos de intoxicados (59% en varones), de los cuales fallecieron 40 (8%). El origen de la intoxicación fue el intento de suicidio en 50% de los casos; en 19% la intoxicación se produjo por exposición ocupacional y en 1% por acción homicida. Los organofosforados causaron 27% de las intoxicaciones registradas, los fumigantes (fosfominos), 23%, los herbicidas (bipiridilos), 16%, y los carbamatos, 14%.

Se considera que los problemas más frecuentes de salud mental son los síndromes depresivos y de angustia, y el alcoholismo.

Discapacidades. En 1992 la población discapacitada censada fue de 81.721 personas, 53,3% varones. Algo más de la mitad —50,9%— eran residentes de áreas urbanas. Los impedimentos registrados fueron ceguera (22,2%), sordera (17,6%), mudez (4,3%), retardo mental (16,2%), pérdida de extremidad superior (15,5%), pérdida de extremidad inferior (13,9%) o más de un impedimento (10,3%).

En 1993 se llevó a cabo un censo nacional de discapacitados por causa del conflicto bélico, promovido por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Unión Europea. Se registraron 12.114 discapacitados físicos por causa del conflicto bélico, de los que solo 11% fueron mujeres (83% varones; en el resto no se pudo registrar el sexo).

Desastres naturales y accidentes industriales. Dada la ubicación geográfica y la geología de El Salvador, son comunes los fenómenos geológicos y meteorológicos que causan a menudo grandes pérdidas humanas y materiales. Las inundaciones son frecuentes en la parte baja de la cuenca de los ríos Lempa y Grande de San Miguel, principalmente en los meses de julio a septiembre.

La preferencia por el agua subterránea se debe a que aproximadamente 90% del agua superficial se encuentra altamente contaminada por desechos orgánicos, productos agroquímicos, desechos industriales y una erosión desproporcionada ocasionada por la tala irracional de los bosques. La variación estacional en el régimen de lluvias hace que 97% de la precipitación anual se produzca en el período húmedo (mayo a octubre), época en la que escurren 84% de todos los recursos hídricos del territorio nacional, por lo que hay escasa disponibilidad en tiempo de sequía.

En 1997 se produjo un escape químico en la empresa SILCA cuando se trasladaba gas licuado de un camión contenedor a bidones individuales. Por falta de cumplimiento de las medidas de seguridad se produjo una intoxicación masiva de unas 500 personas, 20 de ellas casos graves.

En el área metropolitana de San Salvador, donde se localizan 13 municipios y 1,5 millones de habitantes, la cobertura de recolección de basura es muy baja, de alrededor de 60%. Unas 600 toneladas diarias de basura no se recogen, lo que promueve los vertederos ilegales diseminados en predios baldíos, quebradas y vías públicas. El resto de los municipios del país presentan una situación aún más deplorable.

Las mediciones en el área metropolitana de San Salvador muestran una clara tendencia ascendente de las concentraciones atmosféricas de partículas en suspensión provenientes de la combustión en vehículos, fábricas, quemadas agrícolas e incineración de basura.

En junio de 1996 entró en vigencia la prohibición del uso de gasolina con plomo y a partir de enero de 1998 se regulan las emisiones de CO, CO₂ e hidrocarburos en motores diesel.

Otro problema considerable de contaminación atmosférica en interiores es la utilización de leña como fuente de energía, dado que por el tamaño y distribución de las viviendas rurales, el humo es inhalado por el grupo familiar.

Se estima que hay un subregistro importante de accidentes producidos en el medio laboral, ya que solo los notificados oficialmente por los patronos son contabilizados por el ISSS. En 1992 se registraron 14.056 accidentes laborales y en 1996, 18.225. En el período 1992–1996 las actividades económicas con mayor número de accidentes fueron las industrias manufactureras, la construcción y las relacionadas con el comercio.

Entre 1992 y 1995 se registraron 540 muertes por accidentes de trabajo. Las enfermedades ocupacionales más frecuentes son las neumopatías, la dermatitis por contacto en las manos (por cemento) y la intoxicación por plomo.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Plan Global de Desarrollo para el quinquenio 1994–1999 plantea una profunda reorganización y modernización del sector público, en el contexto del Programa de Modernización Pública del Gobierno. En el sector salud, la política general definida por las autoridades ministeriales es “mejorar el nivel de salud de la población salvadoreña mediante la modernización del sector y el desarrollo de programas interinstitucionales tendentes a la atención integral de salud de las personas y la disminución de los riesgos y daños al medio ambiente”. En este contexto se han establecido como principales componentes estratégicos los siguientes.

Reorganización y reestructuración de las instituciones del sector, con el criterio de transformar la organización burocrática en una organización que genere innovación y valor agregado.

Descentralización de los sistemas programáticos y administrativos de salud, mediante la transferencia de las funciones de planeamiento, administración, obtención y asignación de recursos para la provisión de servicios de salud desde el nivel central hacia las otras instancias públicas o privadas, con objeto de adecuar las estructuras organizativas a las nuevas responsabilidades.

Nuevas modalidades en la provisión de servicios de salud, dada la escasa cobertura poblacional actual. Se prevé la provisión de servicios mediante nuevas modalidades que garanticen el acceso a un paquete básico de servicios de salud gratuitos para toda la población, fundamentalmente en los aspectos preventivos. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

garantizará también el acceso a un paquete de servicios clínicos esenciales, incluidos los servicios de atención de segundo nivel, tales como atención del parto, cirugía general, tratamiento ambulatorio y de hospitalización en las cuatro especialidades básicas, tratamiento de urgencias de traumatismos e intoxicaciones y tratamiento de tuberculosis y de infecciones agudas referidas desde el primer nivel de atención. Los indigentes serán subsidiados por el Estado y el resto de la población tendrá acceso a estos servicios mediante el pago directo por prestación y un seguro médico mínimo obligatorio.

Readecuación del marco legal. La revisión y adecuación del marco legal en el sector salud tiene como objetivo que El Salvador cuente con instrumentos legales que permitan fortalecer el Estado y las instituciones que lo integran, en su función normativa y reguladora aplicable a nivel sectorial (entidades públicas y privadas).

Participación social. Se reconoce el papel decisivo de la sociedad civil en el manejo de sus asuntos, incluida la devolución del protagonismo que le corresponde en la administración de programas de bienestar social. La participación social, en sus múltiples manifestaciones, deberá estimularse y facilitarse como estrategia más importante de producción de salud. Actualmente está en marcha un plan piloto para impulsar la estrategia de delegación técnico-administrativa de los establecimientos del primer nivel por medio de la adjudicación de estos establecimientos a organizaciones no gubernamentales. En la Unidad de Salud del municipio de San Julián, departamento de Sonsonate, la prestación de los servicios es responsabilidad de la Fundación Salvadoreña para la Salud.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El subsector público está formado por la seguridad social, los servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y otros servicios de salud sectoriales. El Ministerio cuenta con una red nacional de 427 servicios, de los que 16 son hospitales, 14 centros de salud, 313 unidades de salud, 32 puestos de salud, 11 puestos comunitarios, 8 dispensarios y 33 centros rurales de nutrición. Las camas hospitalarias del subsector público se distribuyen entre las 2.964 del Ministerio y las 1.583 del ISSS.

El Ministerio tiene asignado 80% del total de los habitantes del país, aunque en la realidad la cobertura es menor a la asignada.

Tienen también carácter público la Asociación Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL), la Compañía de Alumbrado Eléctrico (CEL), Bienestar Magisterial —que sirve a los maestros— y Sanidad Militar. Estas instituciones cubren a los trabajadores o afiliados correspondientes y a sus familiares; en

conjunto proporcionan servicios de salud a 2,3 % de la población. Los servicios sanitarios de CEL y Bienestar Magisterial operan como un bloque mixto con financiamiento público y provisión de servicios por entidades privadas.

La seguridad social, organizada en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), proporciona cobertura a los trabajadores de empresas privadas y empleados del Estado, con sus beneficiarios respectivos, alcanzando una cobertura de 17% de la población. El ISSS cuenta con 10 hospitales, 35 unidades médicas y 24 clínicas comunales.

El sistema privado cuenta con hospitales y clínicas del segundo y tercer nivel asistencial, concentradas en los tres principales departamentos de la República.

Las organizaciones no gubernamentales del sector salud tienden a entregar servicios básicos de salud. Varias utilizan promotores de salud para actividades extramurales.

El ISSS brinda atención eminentemente curativa. La asistencia es prestada por profesionales universitarios (médicos, odontólogos, etc.) en base a la demanda de sus derechohabientes. Los costos unitarios son más altos en el ISSS que en el Ministerio, hasta cuatro veces mayores en algunos casos.

Los servicios médicos del ISSS se dan a sus derechohabientes por libre demanda y no existe ninguna restricción para el uso de los servicios ni sistemas para evitar abusos. A partir de 1996 se ha impulsado el establecimiento de clínicas comunales que pretenden cumplir una función bastante similar al primer nivel de atención del Ministerio, con énfasis en lo preventivo.

Recientemente se ha impulsado la conformación de comités de pacientes de enfermedades crónicas no transmisibles de interés epidemiológico, por ejemplo diabetes e hipertensión arterial. El ISSS ha establecido también programas específicos afines a enfermedades de interés institucional, por ejemplo un programa de diabetes y otro de tuberculosis, etc.

Según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, entre 1994–1995 y 1995–1996 el total de consultas médicas en el país pasó de 2,4 a 3,2 millones, y el de consultas odontológicas, de 265.000 a 369.000. Los egresos hospitalarios fueron 275.700 en 1994–1995 y 280.400 en 1995–1996; las intervenciones quirúrgicas, 123.700 y 113.800, respectivamente. Los partos atendidos en esos mismos períodos fueron unos 65.000 y 69.000, respectivamente.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

La autorización para el ejercicio de la profesión es dada por las juntas de vigilancia de las profesiones de salud, conformadas por profesionales pertenecientes a la disciplina correspondiente. Existen juntas de vigilancia médica, odontológica, químico-farmacéutica, psicológica, veterinaria, de laboratorio clínico y de enfermería.

La regulación del uso de medicamentos es responsabilidad del Consejo Superior de Salud Pública. Los mecanismos de regulación y control de la importación de medicamentos están basados en el Código de Salud y en el Reglamento de Especialidades Farmacéuticas.

Los medicamentos se adquieren por compra directa en farmacias privadas y establecimientos de salud. El control de calidad de los medicamentos a nivel nacional lo lleva el Ministerio de Salud Pública. Un cambio reciente en la legislación sobre uso de medicamentos, es la venta de ansiolíticos y otros psicotrópicos solamente por medio de recetas firmadas por médicos específicamente autorizados para recetar estos medicamentos.

El Ministerio es el ente que coordina las actividades de vigilancia de los alimentos procesados, con el apoyo de la Dirección de Protección al Consumidor, dependiente del Ministerio de Economía, y de las universidades, que mediante investigaciones para tesis estudian aditivos y contaminantes químicos y biológicos.

El proceso de regulación y control de calidad de los alimentos está siendo asumido por el mismo sector productivo, con sus propios laboratorios y con el apoyo de otros como los de la Fundación Salvadoreña de Desarrollo Económico y Social (FUSADES) y las universidades. El Ministerio es el ente que vela por el cumplimiento de las normas técnicas.

Se ha establecido y mecanizado el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en las 18 zonas departamentales de salud. Se han incorporado a la red de notificación los centros penales, organizaciones no gubernamentales, el ISSS y los hospitales privados. También se ha capacitado a los estadísticos de las zonas y departamentos sobre los programas de computación utilizados para la vigilancia epidemiológica.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha puesto en práctica programas integrales de salud en áreas rurales. El Programa Escuela Saludable incluye un área prioritaria de saneamiento básico referente a la instalación de estructuras sanitarias como letrinas, bombas manuales y sistemas de potabilización. El Programa de Salud en la Comunidad ha dado cobertura de agua y saneamiento a las comunidades aledañas a las escuelas beneficiadas con el Programa Escuela Saludable.

En 1996 se firmó un convenio de cooperación entre el Gobierno de Suiza y el Ministerio para la ejecución de un proyecto de control y estudio de la calidad de las aguas, y en 1997 se firmó un convenio de cooperación técnica entre la Secretaría Ejecutiva del Medio Ambiente y el Ministerio, mediante el cual el Departamento de Saneamiento Ambiental del Ministe-

rio asume la responsabilidad de la Unidad Ambiental y participa en el Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental y en el Sistema Nacional de Información Ambiental.

También se está ejecutando en el marco del convenio entre el Gobierno de El Salvador y el BID el Programa de Áreas Críticas, orientado hacia los componentes de desechos sólidos, contaminación atmosférica y contaminación de los recursos hídricos. Recientemente se han formulado disposiciones generales referentes a los automóviles con problemas de catalizador y se penalizará a los conductores en cuyo vehículo se detecten anomalías que incrementan la contaminación.

En 1997 se comenzó a ejecutar el programa "Aspectos Ocupacionales y Ambientales de la Exposición a Plaguicidas en el Istmo Centroamericano", en coordinación con la OPS y con apoyo de la Cooperación Danesa para el Desarrollo Internacional (DANIDA). Este programa se orienta a reforzar al sector salud para una mejor atención a los problemas causados por los plaguicidas, abarcando los aspectos ocupacionales, epidemiológicos, toxicológicos, educacionales, ambientales y de investigación.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Se han llevado a cabo diferentes actividades para mejorar la situación nutricional de la población. Existe un plan intersectorial de seguridad alimentaria coordinado por el Ministerio de Agricultura, que dicta las políticas de precios, producción y créditos. Del Ministerio de Salud Pública depende el Programa de Vigilancia Nutricional y Monitoreo del Crecimiento, ejecutado a nivel comunitario por promotores de salud y cuyo objetivo es evaluar el estado nutricional infantil y tomar las medidas necesarias para contribuir a mejorar o recuperar el estado nutricional óptimo. Se han implementado también programas de formación de asesoras voluntarias en nutrición, de fortificación de alimentos con micronutrientes esenciales y de distribución de complementos alimentarios a familias vulnerables.

El Ministerio de Salud Pública inició en 1996 un Programa Nacional de Educación Nutricional para mejorar las prácticas de alimentación y nutrición a nivel familiar. El programa tiene tres componentes: alimentación de la embarazada, lactancia materna y alimentación de la mujer lactante, y alimentación infantil. En 1995 se estableció el Programa Escuela Saludable, que ha contribuido a una mejor identificación y tratamiento de los casos de desnutrición.

Se han emprendido diversas acciones para prevenir los trastornos por falta de yodo. La suplementación con aceite yodado y lugol se dirige a 8% de la población escolar beneficiaria del Programa Escuela Saludable (unos 240.000 escolares). En 1997 comenzó la atención preventiva a la población en

zonas consideradas de alta prevalencia. En 1993 fue revisada, actualizada y ratificada la Ley de Yodación de la Sal, se estableció un convenio de cooperación entre el Gobierno, el sector salinero y los organismos de cooperación externa (Banco Mundial, OPS/INCAP y UNICEF) y se introdujo gradualmente la sal yodada en el mercado.

En cuanto a los trastornos por carencia de hierro, se ha intervenido mediante la suplementación de sulfato ferroso a las mujeres embarazadas, menores de 5 años y escolares. Desde 1996, toda la harina de trigo producida se fortifica con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B.

Para contrarrestar la hipovitaminosis A en la población salvadoreña el Ministerio distribuye suplementos de vitamina A a la población de 1 a 6 años y a las madres lactantes. También se fortifica el azúcar con vitamina A. En 1994 se aprobó una ley de fortificación del azúcar con vitamina A y en 1995 el reglamento correspondiente y la norma técnica. Según el Ministerio, en la zafra 1995-1996, 85% de las muestras de azúcar alcanzaron niveles de retinol de más de 6 mg/kg, aunque solo 61% sobrepasaron los 10 mg/kg, lo que significa que la calidad y cobertura del programa ha mejorado mucho, aunque falta aún para alcanzar la meta óptima. En 1995, en una encuesta de hogares se halló retinol en 80% de las muestras de azúcar. La meta es que al menos 90% de las muestras tengan niveles de retinol de 5 mg/kg.

Recursos humanos

Por cada 10.000 habitantes, El Salvador cuenta con 9,1 médicos, 5,4 parteras, 3,8 enfermeros y 2,1 dentistas.

El sistema público cuenta con 3.473 médicos, 334 odontólogos, 5.274 enfermeros, 2.367 administrativos, 3.404 miembros del personal de servicio y mantenimiento, 1.499 promotores de salud y 536 inspectores de saneamiento ambiental. El ISSS cuenta con 1.621 médicos, 176 odontólogos, 1.973 enfermeros, 244 laboratoristas, 87 técnicos de rayos X y 40 promotores de salud.

En la capital se halla 60% del total de médicos, enfermeras y odontólogos. El 70% de los médicos especialistas están ubicados en establecimientos del segundo nivel de atención, tales como hospitales y centros de salud del sistema público, ISSS y sector privado. El resto trabaja en los establecimientos del primer nivel de atención por horas contratadas.

Para aminorar la problemática de recursos humanos en el sistema nacional de salud se ha promovido la capacitación de los trabajadores en áreas técnicas, financieras, administrativas, de planificación estratégica e informática, y se ha buscado la integración de las entidades formadoras de recursos con las actividades del Ministerio, a fin de revisar los perfiles profesionales que se requieran para el mejor desempeño en la atención primaria en salud. El Grupo Interinstitucional de

Desarrollo de Recursos Humanos está integrado por las universidades y un delegado del Ministerio.

El impacto del ajuste presupuestario en términos del mercado de trabajo en salud para los trabajadores del Ministerio ha sido bastante aceptable con respecto a las otras instituciones.

En la gestión de recursos humanos en el Ministerio ha habido cambios recientes. Se ha dado mayor participación a las áreas de recursos humanos y se han descentralizado las acciones en cada hospital y departamento. La descentralización ha permitido que los jefes y encargados de recursos humanos tengan participación en la toma de decisiones, planes de trabajo y administración de los recursos bajo su jurisdicción.

Gasto y financiamiento sectorial

El presupuesto operativo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para 1997 es de US\$ 151,30 millones, distribuido de la siguiente forma: gasto en servicios preventivos de salud (incluidos medicamentos e insumos medicoquirúrgicos), 33%; gasto en servicios ambulatorios y hospitalarios (incluye medicamentos e insumos medicoquirúrgicos), 59%; secretaría, 6%, e inversiones, 2%.

El presupuesto operativo del ISSS para el año 1997 es de US\$ 49,74 millones, de los cuales corresponden a gasto farmacéutico 21%, a gasto en equipo medicoquirúrgico y de laboratorio 2% y a remuneraciones y otros, 77%.

Cooperación técnica y financiera externa

En 1996 el Departamento de Cooperación Externa del Ministerio recibió ayuda internacional o externa por un total de algo más de US\$ 44,5 millones; 86% de esta ayuda fue recibida a través de la ejecución de 57 proyectos. Aportaron fondos Alemania, Canadá, Dinamarca, Holanda, Luxemburgo, Noruega, Suecia, Suiza, INCAP, OEA, PMA, UNICEF, CEE, Banco Mundial, Fondos de Inversión Social (FIS), Fondos de la AID para Impulsar Proyectos Sociales de Desarrollo a Nivel Nacional, Agencia Española de Cooperación Internacional, GTZ y Fondo de Población de las Naciones Unidas. El mayor aporte fue el del Gobierno de Suecia, con US\$ 1.083.000, seguido por el Gobierno de los Países Bajos con US\$ 347.000. La mayor contribución de organismos y bancos internacionales fue la del FIS, con US\$ 20.226.000, y la del Banco Mundial, con US\$ 11 millones.

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La situación de salud de los residentes de los Estados Unidos de América ha mejorado en los últimos 10 años. Entre 1990 y 1995, la esperanza general de vida al nacer aumentó de 75,4 a 75,8 años. En 1995, una persona que hubiera cumplido 60 años de edad podía esperar que su vida se prolongara en promedio 21,1 años más, lo que daba un total de 81,1 años. Una persona que hubiera cumplido 65 años podía esperar que su vida se extendiera 17,4 años más, hasta los 82,4 años. La esperanza de vida al nacer era mucho mayor para los hombres blancos (73,4) que para los hombres negros (65,4); sin embargo, la diferencia se ha ido acortando. El aumento de la esperanza de vida en los años noventa fue de 0,7 años para los hombres blancos y de 0,9 años para los hombres negros. La diferencia de la esperanza de vida al nacer entre las mujeres blancas y las negras era de 5,6 años. Aunque los datos para el período comprendido entre 1990 y 1994 son definitivos, los correspondientes a 1995 son preliminares y, por consiguiente, están sujetos a modificaciones. Se dispone de datos preliminares para los blancos, los negros y los hispanos, pero se carece de los correspondientes a otros grupos raciales y étnicos.

Se estimó que 36 millones de personas vivían en la pobreza en 1995, año en que la tasa nacional de pobreza fue de 13,8%, en comparación con 15,1% en 1993. La tasa de pobreza de los negros, el mayor grupo minoritario, fue de 29,3%, casi el triple que la de la población blanca.

La tasa de pobreza de las familias constituidas por niños y encabezadas por mujeres declinó en forma brusca, de 47,1% en 1991 a 41,5% en 1995, y la tasa de pobreza de los niños descendió de 21,8% a 20,8% en el mismo período. En 1995, el porcentaje de niños negros que vivían en la pobreza (42%) era aproximadamente 2,5 veces mayor que el de niños blancos (16%). La pobreza existente entre los niños hispanos (40%) era similar a la registrada entre los niños negros.

La población residente en los Estados Unidos alcanzó un total de 263 millones de habitantes en 1995, 6% más que en 1990. Entre 1990 y 1995, la población de 75 a 84 años de edad creció 11% hasta llegar a 11 millones y la de 85 años y más aumentó 20% y alcanzó los 3,6 millones. La población negra aumentó 8% y la hispana 20%, lo que arroja un total de 33 millones y 27 millones respectivamente. La población asiática y de las islas del Pacífico creció 24% y llegó a 9 millones.

Mortalidad

Se estimó que en 1995 se registraron en los Estados Unidos 2.312.180 defunciones, que representaron una tasa de mortalidad de 880,0 por 100.000 habitantes. Esta tasa fue 0,5% mayor que la de 875,4 por 100.000 de 1994 e igual que la de 1993. La tasa de mortalidad ajustada por edad, que elimina los efectos del envejecimiento de la población, alcanzó en 1995 una cifra mínima sin precedentes de 503,7 por 100.000 habitantes, 0,7% menor que la de 507,4 registrada en 1994 y 1,9% menor que la de 513,3 en 1993. Las tasas de mortalidad de las mujeres de casi todos los grupos de edad desglosados en intervalos de 10 años y las de los hombres de todos los grupos de edad, declinaron en todas las razas en conjunto entre 1994 y 1995. Sin embargo, aumentaron las tasas de mortalidad de las mujeres de 85 años y más. La causa que más contribuyó al descenso de las tasas de mortalidad de las poblaciones blanca y negra en el grupo de 15 a 24 años de edad fue la disminución de los homicidios.

En 1995, la tasa de mortalidad por todas las causas en conjunto, ajustada por edad, fue aproximadamente 70% mayor en los hombres que en las mujeres. La mortalidad masculina por cada una de las 15 causas principales de defunción, también fue mayor. La principal diferencia entre los sexos se debió a la infección por el VIH, caso en el que la tasa correspondiente ajustada por edad fue 5,1 veces mayor en los hombres que en

las mujeres. La diabetes mellitus produjo la menor diferencia entre los sexos, con una razón hombre/mujer de 1:1.

Durante los años noventa se registró una marcada disminución de las tasas correspondientes a tres de las principales causas de muerte (las enfermedades del corazón, los accidentes cerebrovasculares y las lesiones no intencionales), en gran parte atribuible a la reducción de factores de riesgo causantes de enfermedad. También contribuye a esta tendencia el incremento de la conciencia del público con respecto a los riesgos que acarrear actividades como fumar y conducir vehículos en estado de embriaguez.

Entre 1990 y 1995, la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón, la principal causa de muerte, ajustada por edad, se redujo 9,1%. Esta notable reducción es consecuencia de la mejor detección y control de la hipertensión arterial, la disminución del tabaquismo, y el conocimiento cada vez más completo de la función que cumplen las grasas alimentarias en la producción de colesterol. Desde 1990, la mortalidad por enfermedades del corazón en los hombres blancos, las mujeres blancas y el conjunto de hombres y mujeres negros disminuyó 10,8%, 7,5% y 9,7%, respectivamente. En 1995, la mortalidad de los hombres blancos por enfermedades del corazón fue casi dos veces mayor que la de las mujeres blancas y más de 64% mayor en los hombres negros que en las mujeres negras. En 1993, la tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades del corazón en los hombres de ascendencia asiática mayores de 45 años (107,6 defunciones por 100.000) fue aproximadamente 17% menor que la de los hispanos, 3,8% menor que la de los indígenas estadounidenses, 77% menor que la de los blancos y 149% menor que la de los negros.

Las defunciones de hombres blancos por cáncer de pulmón aumentaron 5,8% entre 1990 y 1995. La tasa de mortalidad correspondiente a esta enfermedad disminuyó 14,5% en los hombres negros y 8,7% en los hombres blancos. En 1995, las tasas de mortalidad ajustadas por edad por cáncer de pulmón de los hombres negros y blancos (73,7 y 51,7 defunciones por 100.000, respectivamente) fueron entre dos y tres veces mayores que las de las mujeres negras y blancas (26,1 y 27,4, respectivamente).

En 1993, las tasas de mortalidad ajustadas por edad por todos los tipos de cáncer de los indígenas estadounidenses, los asiáticos y los hispanos de 45 años y más del sexo masculino fueron similares (92,9, 99,9 y 97,4 defunciones por 100.000, respectivamente); estas tasas fueron mucho menores que las correspondientes a los blancos y los negros (156,4 y 238,9 defunciones por 100.000, respectivamente). Los datos más recientes de los que se dispone para ciertos grupos raciales, entre los que están los asiáticos y los indígenas norteamericanos, datan de 1993.

La tasa de mortalidad por accidentes cerebrovasculares, que ocupan el tercer lugar entre las principales causas de defunción, ajustada por edad, disminuyó en 3,6% entre 1990 y

1995, con lo que continuó la tendencia descendente observada en los años ochenta. Desde 1980, la disminución de la mortalidad por accidentes cerebrovasculares osciló entre 34,1% para los hombres negros y 36,8% para los hombres blancos. En 1995, la tasa de mortalidad por accidentes cerebrovasculares ajustada por edad fue casi el doble en los hombres negros que en los hombres blancos y 69,4% mayor en las mujeres negras que en las blancas.

Desde 1984, el cáncer ha superado a las enfermedades del corazón como principal causa de defunción de las personas de 45 a 64 años. En 1995, ocasionó 252,5 defunciones por 100.000 personas de este grupo de edad. Las tasas correspondientes al cáncer de mama se mantienen altas a pesar de la atención prestada a la detección y tratamiento precoces. El cáncer es la causa de aproximadamente una de cada cuatro defunciones anuales en los Estados Unidos, y en 1995 ocasionó la muerte de 537.969 personas. Las tasas generales de mortalidad por cáncer han variado poco desde 1950.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del lactante

En 1995, la tasa de mortalidad infantil fue de 7,5 defunciones por 1.000 nacidos vivos. Entre 1990 y 1995, la tasa de mortalidad correspondiente a los niños blancos disminuyó 17,1%, de 7,6 a 6,3 por 1.000 nacidos vivos, y la de los niños negros se redujo 17,2%, de 18,0 a 14,8. En consecuencia, las tasas de mortalidad infantil bajaron hasta un nivel sin precedentes en los Estados Unidos.

En 1994, casi 32.000 niños —alrededor de 0,75% de los nacidos— murieron antes de cumplir 1 año de edad. En 1995, las cinco causas principales de defunción fueron las anomalías congénitas, las afecciones relacionadas con la gestación corta y el bajo peso inespecificado al nacer, el síndrome de la muerte súbita del lactante, el síndrome de dificultad respiratoria y las complicaciones maternas del embarazo.

En 1994, el porcentaje general de niños nacidos vivos con un peso inferior a 2.500 gramos fue de 7,3%, superior al de 7,2% de 1993. El porcentaje de niños con un peso inferior a 1.500 gramos (que están más expuestos al riesgo de muerte y discapacidad) se mantuvo estable en 1,3%. En 1994, el porcentaje de niños negros que pesaban menos de 1.500 gramos triplicó al de los niños blancos (3,0% frente a 1,0%). Se ha determinado que el tabaquismo de la madre es un factor de riesgo para el bajo peso al nacer en los Estados Unidos. Otros problemas graves relacionados con el bajo peso al nacer son la falta de atención prenatal, la poca edad de la madre y el abuso del alcohol y las drogas.

La propagación del VIH/sida en las mujeres y los hombres heterosexuales ha resultado en un creciente número de recién nacidos seropositivos. Los niños nacidos con la infección por el VIH requieren una atención de salud más intensiva durante toda la vida. Hasta junio de 1996 se había notificado que padecían sida más de 6.900 niños menores de 13 años de edad.

La salud del niño y del adolescente

En 1994, las tasas de cobertura con las vacunas DPT, anti-polio mielítica y antisarampionosa aplicadas entre los 19 y los 35 meses de edad fueron de 90%, 79% y 90% respectivamente. Esto representa cierta mejora con respecto a 1992, año en que las tasas de cobertura con la vacuna DPT fueron de 83%, con la vacuna antipoliomielítica 72% y con la antisarampionosa 83%. Sin embargo, en 1994 el nivel de la cobertura inmunitaria fue menor que en muchos otros países, incluidos muchos países en desarrollo.

Todavía se presentan brotes de enfermedades transmisibles en los Estados Unidos, lo que indica que los programas de vacunación no cubren a muchos niños, especialmente de las zonas rurales y de los barrios pobres más poblados de las ciudades. Sin embargo, aparte de un aumento del número de casos de sarampión entre 1989 y 1990, que afectó sobre todo a los niños de edad preescolar, no hubo brotes graves ni epidemias de enfermedades inmunoprevenibles en los últimos años.

Más de 42% de las defunciones en la niñez se deben a lesiones no intencionales y alrededor de 30% de ellas ocurren como resultado de accidentes de vehículos de motor. El número de defunciones por este tipo de accidentes ha disminuido debido a la observancia de las leyes vigentes en 50 estados, que exigen la instalación de dispositivos de seguridad para los niños pequeños en los automóviles.

Las tres causas principales de defunción de los adolescentes, son las lesiones no intencionales, el homicidio y el suicidio. Si bien las defunciones causadas por conducción de vehículos de motor en estado de embriaguez constituyen el mayor riesgo para los hombres blancos de 15 a 24 años, el homicidio es la principal causa de muerte entre los hombres negros del mismo grupo de edad. La tasa de mortalidad de los hombres blancos jóvenes por accidentes de vehículos de motor fue de 42,4 por 100.000 en 1995.

La tasa de suicidio de los indígenas estadounidenses de sexo masculino de 15 a 24 años de edad (31,6 defunciones por 100.000 habitantes en 1993) fue un tercio más alta que la de los jóvenes blancos y superó a la de los jóvenes negros en 57%, a la de los jóvenes hispanos en 74% y a la de los jóvenes asiáticos en 150%.

Varios estudios indican que en los Estados Unidos la edad media al primer coito es de 16 años, lo que expone a los alum-

nos de los colegios secundarios al riesgo de contraer la infección por el VIH. Hasta junio de 1996 se habían notificado 2.463 casos de sida entre los adolescentes (13 a 19 años) y 94.414 entre los jóvenes de 20 a 29 años. Dado que el tiempo que transcurre para que la infección por el VIH se manifieste como sida puede ser de 10 años o más, muchas personas que padecen la enfermedad cuando tienen entre 20 y 30 años se infectaron durante la adolescencia. El porcentaje de mujeres adolescentes con diagnóstico de sida llegó a un máximo de 43% en 1994 y disminuyó a 40% en 1995.

Otras amenazas a la salud infantil son el retraso mental, los impedimentos para el aprendizaje y los problemas emocionales y del comportamiento. Al parecer, estas afecciones son más prevalentes en los niños que viven en la pobreza que en los de mejor situación socioeconómica.

La salud del adulto

En 1994, la tasa de fecundidad fue de 66,7 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad, 1% menos que la de 67,6 de 1993 y 6% menos que la de 70,9 de 1990. En 1994 nacieron 3.952.767 niños, 1% menos que en 1993. Los datos preliminares para 1995 indican que los nacimientos siguieron disminuyendo en otro 1% aproximadamente.

Entre 1993 y 1994, la tasa de natalidad por edad de la madre disminuyó 1% en las mujeres de 15 a 29 años. La tasa correspondiente a las mujeres de 30 a 39 años pasó de 1% a 2%, mientras que la de las mujeres de 40 a 44 años aumentó 5%. Las tasas de las adolescentes más jóvenes, de 10 a 14 años, y las de las mujeres de 45 a 49 años, permanecieron sin cambios. La tasa de natalidad para las mujeres de 15 a 17 años disminuyó a 37,6 por 1.000 nacimientos y la de las mujeres de 18 y 19 años bajó a 91,5 por 1.000 nacimientos, lo que representa una disminución de 1% en ambos casos. Los datos preliminares para 1995 indican que las tasas de natalidad de las adolescentes siguen descendiendo.

En 1994, la tasa de fecundidad correspondiente a las mujeres hispanas disminuyó 1%, a 105,6 por 1.000 nacimientos. Los datos preliminares indican que la tasa de 1995 (103,7) es la más baja desde 1989, cuando se dispuso de datos nacionales sobre la fecundidad de las mujeres hispanas. Pese a esta disminución, en 1994 la fecundidad de las mujeres hispanas siguió siendo mucho más alta que la de las mujeres blancas de otro origen, en todas las edades. Por ejemplo, la tasa de natalidad de las adolescentes hispanas fue de 107,7 por 1.000, en comparación con 40,4 en las adolescentes blancas no hispanas. Entre los grupos hispanos, la tasa de fecundidad de las mujeres mexicano-estadounidenses fue la más alta (115,4 en 1994), seguida por la de las puertorriqueñas (81,9) y la de las cubanas (55,9). Para las mujeres hispanas no pertenecientes a estos tres grupos la tasa de fertilidad fue de 97,7.

El sida ocupa el tercer lugar entre las principales causas de defunción de las mujeres de 2 a 44 años. El número de casos de sida producidos por transmisión heterosexual notificados en mujeres aumentó 165% entre 1992 y 1993, en parte debido a que desde 1993 se han incluido las afecciones ginecológicas como elementos de referencia para la definición de caso de sida; de 1993 a 1995 el número de casos que produjo la transmisión heterosexual disminuyó 14%. Aunque las mujeres negras e hispanas constituyen solo 22% de la población femenina, 74% de las mujeres con diagnóstico de sida desde 1981 pertenecen a estos grupos étnicos.

En 1995, 64,2% de las mujeres de 15 a 44 años de edad usaban algún método anticonceptivo. En la actualidad es posible elegir nuevos métodos, como el implante Norplant y el "condón femenino"; sin embargo, el implante es costoso y no se sabe hasta qué punto puede estar al alcance de las mujeres de bajos ingresos. Aunque el condón femenino puede disminuir mucho la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre las mujeres que lo utilizan, todavía se ignora su grado de aceptación y uso en las poblaciones expuestas al mayor riesgo de estas infecciones y de embarazos no deseados. Los datos correspondientes a 1994 indican que la tasa de aborto fue de 321 por 1.000 nacidos vivos, menor que la de 345 por 1.000 nacidos vivos de 1990. La tasa de aborto es de 21 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad. Esta tasa se ha mantenido estable de 1980 a 1991 y se han registrado disminuciones anuales, moderadas pero constantes, desde 1991.

La salud del adulto mayor

El envejecimiento de la población es una de las mayores dificultades que afronta el sistema de atención de salud de los Estados Unidos. Las proyecciones indican que en el año 2000 el número de personas de 65 años y más aumentará a 35 millones, cifra equivalente a 13% de la población. Se espera que este porcentaje llegue a 23% en el 2040. Sin embargo, lo más importante es el rápido crecimiento de la población de 85 años y más, cuyo aumento previsto es de 52%, con lo que llegará a 4,6 millones en el año 2.000. En consecuencia, se observará un gran aumento de afecciones discapacitantes como fracturas de cadera y la enfermedad de Alzheimer.

Las enfermedades del corazón, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares, la neumonía y la influenza, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes son las principales causas de defunción de las personas de 65 años y más. Puesto que la enfermedad neumocócica es tres veces más prevalente en las personas mayores de 65 años, se considera que la inmunización de los adultos de más edad es un servicio preventivo prioritario.

Problemas como la artritis, las deficiencias visuales y auditivas, la osteoporosis, la incontinencia y la demencia también tienen graves repercusiones en la vida de las personas de edad avanzada. La promoción de la salud ofrece importantes beneficios para mantener la salud de los ancianos. La actividad física y la alimentación adecuada pueden aumentar el contenido de minerales de los huesos, reducir el riesgo de fracturas osteoporóticas y ayudar a mantener un peso corporal apropiado.

La salud de grupos especiales de población

En los dos últimos decenios, los grupos minoritarios por su origen racial y étnico han aumentado mucho más rápido que la población blanca, que es la mayoritaria, y se espera que esta tendencia se mantenga en los próximos 30 años por lo menos. Las proyecciones indican que la población negra crecerá 35% de 1990 al año 2020, mientras que se duplicará a más del doble la de otros grupos minoritarios (sobre todo la asiática y de las islas del Pacífico, pero también la de los indígenas estadounidenses y los naturales de Alaska). Se espera que la población hispana aumente 84%. El crecimiento proyectado para la población blanca es solo de 11% en el período mencionado.

Aunque las enfermedades crónicas son las principales causas de defunción de las personas mayores de 45 años, pertenezcan o no a grupos minoritarios, la población minoritaria (negros, hispanos, indígenas de los Estados Unidos, y estadounidenses de origen asiático y de las islas del Pacífico) tiene una participación desproporcionadamente alta en la mortalidad, la enfermedad, la discapacidad y las condiciones adversas de salud. Los indicadores de salud que se utilizan habitualmente, como la esperanza de vida al nacer y las tasas de mortalidad infantil, muestran que en materia de salud existe una diferencia cada vez mayor entre las poblaciones minoritarias y mayoritaria. La pobreza es el factor que más contribuye a las disparidades en lo que respecta al estado de salud.

Negros. Como el grupo minoritario más grande, los negros constituyen 12% de la población nacional. Aunque viven en todo el país y ocupan todos los niveles socioeconómicos, la mitad de ellos habitan en zonas urbanas caracterizadas por pobreza, escuelas deficientes y viviendas inapropiadas, y un tercio vive en estado de pobreza, proporción tres veces mayor que la de los blancos.

Las tasas de mortalidad de los negros sobrepasan las de los blancos en 58,8%. Las tasas son también más altas con respecto a las principales causas de muerte. El homicidio sigue siendo la causa de la mayor diferencia entre las razas. En 1995, la tasa de mortalidad por homicidio ajustada por edad

fue cerca de seis veces mayor en la población negra que en la blanca, y en ese año el homicidio constituyó la principal causa de defunción en los negros de 15 a 24 años de edad. Las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas, ajustadas por edad, son de un tercio a casi el triple más altas en la población negra que en la blanca. Las tasas de mortalidad por cáncer de colon y recto, de las vías respiratorias y de la mama han disminuido en los años noventa en la población negra, al igual que en la blanca. Las tres causas de defunción que arrojaron tasas menores en los negros que en los blancos fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y los trastornos afines, el suicidio y la enfermedad de Alzheimer.

Hispanos. La población hispana es el segundo de los grupos minoritarios más grandes y que más crecen. Los subgrupos hispanos, que comprenden los estadounidenses de origen mexicano y cubano, los puertorriqueños, y los inmigrantes de América Central y del Sur, representaban aproximadamente 10% de la población total en 1995. En 1994, la tasa de natalidad de los hispanos fue de 25,5 nacimientos por 1.000 habitantes, mientras que la de la población en su conjunto fue de 15,2 nacimientos por 1.000.

El tabaquismo constituye un grave riesgo para la salud de los hispanos, ya que 43% de los hombres hispanos fuman actualmente y los adolescentes de ambos sexos fuman más que los adolescentes negros o los blancos. Los adolescentes hispanos también declaran que consumen alcohol más a menudo que los negros y los blancos.

Asiáticos y originarios de las islas del Pacífico. Los asiáticos y originarios de las islas del Pacífico, que hablan más de 30 idiomas distintos y representan a muchos grupos culturales, constituyen la tercera minoría del país. Los asiáticos establecidos en los Estados Unidos por generaciones virtualmente son indistinguibles de la población mayoritaria en cuanto a su situación socioeconómica, y su ingreso mediano es mayor que el de la población general.

Estudios locales han determinado que ciertas enfermedades acarrearán riesgos particulares para la salud de los estadounidenses de origen asiático y de las islas del Pacífico. La tasa de cáncer de pulmón de los hombres del Asia Sudoriental es 18% mayor que la de los hombres blancos. Se ha documentado que los hombres filipinos de 50 años y más que viven en California tienen tasas de hipertensión arterial más altas que las de la población californiana en su conjunto. La tuberculosis y la hepatitis B son motivo de particular preocupación para las comunidades de inmigrantes. Las tasas de estas afecciones en inmigrantes del Asia Sudoriental son 40 veces mayores que las de la población general.

Indígenas de los Estados Unidos. Los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska constituyen el grupo minori-

tario más pequeño y suman 2,1 millones de habitantes. Aproximadamente 50% viven en las zonas urbanas y gran parte del resto, en reservas. El Gobierno Federal, por medio del Servicio de Salud de los Indígenas, se ocupa de la atención de salud de este grupo.

Esta población es relativamente joven, pues una gran proporción de los indígenas estadounidenses mueren antes de los 45 años y porque su nivel de fecundidad es relativamente alto. Las tasas de mortalidad por diabetes, enfermedades del hígado y tuberculosis, ajustadas por edad, son dos o tres veces mayores en los indígenas estadounidenses que en la población general del país.

La principal causa de defunción de los indígenas estadounidenses menores de 45 años son las lesiones no intencionales, que muy a menudo se producen a consecuencia del consumo de alcohol (75%). La tasa de mortalidad por lesiones entre los indígenas estadounidenses de 15 a 24 años es dos o tres veces más alta que la de cualquier otro grupo. Más de la mitad (54%) de los accidentes causados por vehículos de motor que se producen en esta población se han atribuido a los efectos del alcohol.

El alcoholismo es el principal problema social y de salud de los indígenas estadounidenses y de las personas naturales de Alaska. En 1992, la tasa de mortalidad por diversas causas relacionadas con el consumo de alcohol, ajustada por edad, fue de 38,4 defunciones por 100.000 habitantes, 5,6 veces más alta que la de la población general (6,8 por 100.000). El hábito de fumar y otras formas de uso del tabaco también causan problemas graves de salud.

Refugiados. En 1995 fueron admitidos en los Estados Unidos 131.300 refugiados. De ellos, 34% provenían de Europa Oriental y de la antigua Unión Soviética, 28% del Asia Oriental, 3% del Cercano Oriente, 30% de América Latina y el Caribe, y 3% de África. El número de refugiados que entró a los Estados Unidos en el año fiscal 1995 representa una disminución de 9% con respecto al que ingresó en 1992. El número de refugiados y de otras personas provenientes de América Latina y el Caribe aumentó 131% en el mismo período.

Una vez que los refugiados llegan al país, su recepción y ubicación inicial es una tarea que compete a 12 organizaciones filantrópicas que trabajan por medio de convenios de cooperación con el Departamento de Estado costeados con fondos federales. Posteriormente, reciben ayuda de programas estatales financiados por el Departamento de Salud y Servicios Sociales.

Puesto que los refugiados suelen tener problemas de salud derivados de las condiciones imperantes en sus países de origen, se ofrecen servicios de atención de salud en los campamentos de asilo inicial localizados en centros de tramitación del registro de refugiados. En los puertos de entrada, las autoridades de cuarentena se encargan de la inspección de los re-

fugiados y sus fichas médicas, y notifican de su arribo a los departamentos de salud estatales y locales correspondientes. El Programa de Reasentamiento de Refugiados proporciona servicios de salud a todos los refugiados que llenan un cuestionario sobre sus medios económicos.

En 1995, el Gobierno aportó casi US\$ 412 millones para apoyar las actividades en favor de los refugiados que se llevan a cabo en el exterior y en el país. Se conceden fondos para programas de subvención a las oficinas de salud estatales y locales para la realización de exámenes físicos a los recién llegados, con el fin de identificar los problemas de salud que podrían obstaculizar su reasentamiento y sus posibilidades de conseguir empleo y bastarse por sí mismos.

Personas con discapacidad. En los Estados Unidos hay más de 49 millones de personas con discapacidades físicas y mentales. La discapacidad afecta a todos los aspectos del bienestar de estas personas y tiene consecuencias emocionales, sociales y económicas. En 1994 y 1995, el Centro Nacional de Estadísticas de Salud condujo la primera encuesta amplia sobre discapacidad realizada en el país. Esta encuesta permitió comprobar que la prevalencia de discapacidades es desproporcionadamente mayor en los menores de edad, las personas de edad avanzada, los pobres y la población rural.

Durante el año fiscal 1997, el Departamento de Salud y Servicios Sociales dedicó más de US\$ 62.000 millones a programas para discapacitados. La discapacidad no solo resulta sumamente costosa para quienes la sufren, sino también para los estados y la nación en su conjunto. En 1997, las pérdidas económicas por discapacidad estimadas fueron de más de US\$ 350.000 millones, suma que incluye el mayor costo de la atención de salud y la disminución de la productividad.

La atención de salud es un componente esencial de la asistencia que se brinda a las personas con discapacidad para que lleven una vida independiente, y el Departamento de Salud y Servicios Sociales se ocupa de velar por que se les garantice el acceso a una atención de salud de calidad durante toda la vida. En 1997, Medicare y Medicaid, los programas públicos de financiamiento más importantes, cubrieron alrededor de 12 millones de personas consideradas discapacitadas sobre la base de criterios federales. Se estimó que en el año fiscal 1997 se gastaron US\$ 21.000 millones en atención de salud y servicios prestados por Medicare y se espera que el Gobierno Federal asigne \$33.000 millones para pagos de Medicaid. En el presupuesto del año fiscal 1998 se incluyen propuestas para ayudar a las personas con discapacidad a que lleven una vida más independiente.

La Administración para el Financiamiento de la Atención de Salud (HCFA), una división del Departamento de Salud y Servicios Sociales, aplica la Ley de Traspaso y Gestión Responsable del Seguro Médico de 1996, a la vez que se pone especial empeño en garantizar la cobertura de salud a las per-

sonas con afecciones preexistentes. Asimismo, la HCFA continúa prestando apoyo a la atención comunitaria y de larga estancia de las personas de edad avanzada y de las que tienen alguna discapacidad evolutiva o física.

El Departamento de Salud y Servicios Sociales apoya y conduce una amplia gama de investigaciones sobre la organización y prestación de servicios, y la calidad y financiamiento de la asistencia sanitaria en establecimientos de larga estancia para personas con discapacidad. En particular, la Agencia para la Política de Atención de Salud e Investigación ayuda a las autoridades responsables a planear la manera de satisfacer las necesidades de salud de las personas con discapacidad mediante el examen de su acceso a los servicios médicos, la utilización que hacen de ellos y sus impresiones sobre el funcionamiento del sistema de atención de salud.

La falta de conocimiento sobre las necesidades de salud de las mujeres con discapacidad resultante de deficiencias físicas crónicas indujo a los Institutos Nacionales de la Oficina Sanitaria de Investigación sobre la Salud de la Mujer a patrocinar actividades de promoción de la salud. Estos programas están centrados en la identificación de las barreras que impiden la promoción de la salud y la puesta en marcha de intervenciones eficaces y bien definidas, encaminadas a mejorar la salud de las mujeres con discapacidad.

Otras poblaciones especiales. Un programa patrocinado por el Gobierno Federal conocido con el nombre de Atención de Salud de las Personas sin Hogar procura facilitar el acceso de este grupo a los servicios de atención primaria de salud y al tratamiento de la toxicomanía. En 1997 se auspiciaron 123 programas de este tipo en 48 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico. Durante el año fiscal 1997, la financiación de estos programas alcanzó un total de US\$ 69 millones.

Las personas que residen en las zonas donde se realizan proyectos de construcción de viviendas públicas también han sido escogidas para recibir asistencia con fondos federales, con el fin de ayudarles a superar las barreras que les impiden recibir servicios de salud, como la falta de transporte, las dificultades idiomáticas y la escasez de recursos económicos. En 1997 se concedió un total de US\$ 9 millones a 21 instituciones para dar a los que residen en viviendas públicas mayor acceso a la atención de salud.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades inmunoprevenibles. Entre las enfermedades inmunoprevenibles, la difteria, el tétanos, la tos ferina y la poliomielitis disminuyeron o permanecieron en un nivel

constante bajo entre 1988 y 1995. Sin embargo, se produjo un brote de sarampión de grandes proporciones de 1989 a 1990, después de casi 10 años de haberse notificado relativamente pocos casos. En 1989, el número de casos de sarampión superó el promedio notificado anualmente en los ocho años precedentes; en 1990 se notificaron 27.786 casos y en 1995, solo 281.

El brote de sarampión afectó a todos los grupos de edad, pero el aumento más marcado de la incidencia se registró en preescolares y en adultos mayores de 20 años. Los datos recolectados en varias ciudades indicaron que la cobertura con la vacuna antisarampionosa de los niños de jardín de infancia fue solo de 40% a 65%, y la baja cobertura contribuyó mucho a la propagación de la enfermedad. También se produjo un brote de sarampión en niños de edad escolar, cuyas tasas de cobertura de inmunización son más elevadas, lo que llevó a las autoridades de 21 estados a exigir la aplicación de una segunda dosis de la vacuna antisarampionosa a los niños al ingresar al jardín de infancia, al primer grado o a la escuela intermedia.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Se estimó que en 1992 el número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los Estados Unidos oscilaba entre 635.000 y 900.000. Hasta junio de 1996 se habían notificado 530.397 casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) en adultos, adolescentes y niños. El número de casos de sida se duplicó con creces entre 1992 y 1993, en parte por la ampliación de la definición de caso de sida para vigilancia en 1993, como ya se ha mencionado. Entre 1993 y 1995 el número de casos anuales disminuyó 30% y en 1995 llegó a 71.300.

La infección por el VIH sigue siendo un grave problema de salud, y las minorías raciales y étnicas soportan una parte desproporcionada de la carga. Sin embargo, entre 1993 y 1995, el número anual de casos de sida en negros e hispanos decreció 23% y 25%, respectivamente, y se alcanzaron tasas de 91 y 42 por 100.000 habitantes respectivamente, en comparación con 15 por 100.000 en las personas blancas.

En el período comprendido entre 1993 y 1995 hubo una disminución proporcional de los casos notificados mayor en los hombres (33%) que en las mujeres (18%). En las mujeres, las tasas de 1995 fueron más altas entre las negras y las hispanas (46 y 17 por 100.000 habitantes, respectivamente) que entre las blancas (3 por 100.000). En 1995, los niños negros representaron 66% de todos los casos de sida pediátrico notificados.

En los Estados Unidos, las relaciones sexuales de hombres con otros hombres (44%) y la inyección de drogas por vía intravenosa (26%) constituyen la principal forma de exposición en los casos de sida notificados. Un creciente número de personas se han infectado por contacto heterosexual (11%). En

1995, el número de mujeres infectadas con el VIH por contacto heterosexual superó al de las infectadas por utilizar drogas inyectables.

Los programas de prevención orientados a modificar comportamientos siguen siendo la principal estrategia de lucha contra el VIH/sida. Se han emprendido campañas masivas de educación y programas de prevención para reducir el consumo de drogas inyectables, disminuir el comportamiento sexual de alto riesgo y aumentar el uso de condones. En todo el país se ha empezado a trabajar para desarrollar programas creativos de prevención, mejorar la atención de los pacientes de sida y realizar investigaciones sobre atención.

Puesto que muchas personas con sida no cuentan con seguro médico y otras han agotado las prestaciones de su seguro privado y sus recursos personales para pagar un tratamiento costoso, gran parte del costo del tratamiento de la infección por el VIH/sida es sufragado por programas locales o estatales, y por Medicaid.

Las ETS representan un riesgo importante para las mujeres de los Estados Unidos. En 1995, las tasas de sífilis y gonorrea en las mujeres fueron de 6 y 140 por 100.000, respectivamente; ambas han disminuido en los años noventa. Una vez infectadas, las mujeres suelen mostrar menos síntomas que los hombres, y es menos probable que busquen asistencia y que reciban un diagnóstico correcto después de ser atendidas. Puesto que las ETS producen en las mujeres complicaciones mucho más graves que en los hombres (por ejemplo, esterilidad, embarazo ectópico y cáncer del cuello del útero), es importante que adquieran conocimientos sobre la prevención, el diagnóstico y las consecuencias de estas enfermedades.

Tuberculosis. Después de haber disminuido durante decenios, la incidencia de la tuberculosis aumentó en los Estados Unidos a comienzos de los años noventa. En 1992 se notificaron 26.673 casos nuevos, lo que representó un aumento de 20% en comparación con los registrados en 1985. Desde 1992, el número anual de nuevos casos ha disminuido hasta alcanzar aproximadamente el nivel de 1985 (en 1995 se notificaron 22.860 casos). El aumento registrado a comienzos de los años noventa se debió a muchos factores, entre ellos la epidemia de infección por el VIH, el deterioro de la infraestructura de atención de salud pública y el incremento del número de casos registrados en inmigrantes.

Los brotes recientes han causado una profunda preocupación por la frecuencia de tuberculosis polifarmacorresistente. Se ha creado un grupo nacional de trabajo para ampliar el plan estratégico trazado en 1989 para la eliminación de la tuberculosis. Este grupo elaboró un plan nacional de lucha contra la tuberculosis polifarmacorresistente, con el fin de definir las medidas que se deben tomar para combatir los brotes actuales de esta enfermedad, prevenir otros y trabajar para su eliminación definitiva.

Enfermedades transmitidas por los alimentos. Las enfermedades transmitidas por los alimentos siguen siendo un importante problema de salud en los Estados Unidos. Se considera que 9.000 muertes y entre 6,5 y 33 millones de episodios de enfermedad se relacionan con los alimentos. Asimismo, se estima que los costos de hospitalización por estas enfermedades exclusivamente superan los US\$ 3.000 millones anuales, y que la pérdida de productividad que causan siete agentes patógenos específicos equivale a una suma que oscila entre \$6.000 millones y \$9.000 millones.

Entre 1988 y 1992 se notificaron en los Estados Unidos 2.423 brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos. Los agentes patógenos bacterianos causaron 79% de los 1.001 brotes y 90% de los casos con una etiología determinada. Aunque los brotes causados por *Salmonella enteritidis* continúan provocando una gran morbilidad y mortalidad, disminuyeron 35% entre 1989 (77 brotes) y 1996 (50 brotes). Además de bacterias como *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli* serotipo O157:H7 y *Listeria monocytogenes*, los parásitos (que comprenden *Cryptosporidium parvum* y *Cyclospora cayotensis*) han aparecido como importantes agentes patógenos de transmisión alimentaria. Los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos que se producen en varios estados como consecuencia de productos contaminados son de importancia epidemiológica.

Aunque todos los años se notifican en los Estados Unidos unos 400 brotes, la mayor parte de las enfermedades transmitidas por los alimentos se presentan en forma individual y esporádica. Anteriormente, las autoridades de salud locales, estatales y nacionales llevaban a cabo una vigilancia pasiva de determinadas infecciones para conocerlas mejor. A principios de 1996 se puso en marcha un programa de vigilancia activa en cinco centros centinelas (Redes de Alimentos), para proporcionar datos más pormenorizados de casos esporádicos de infecciones con diagnóstico.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Tumores malignos. Se estima que en 1997 se diagnosticarán 180.200 casos nuevos de cáncer de mama femenino, con lo que esta enfermedad pasará a ocupar el segundo lugar entre las principales causas de defunción de las mujeres. Se estima que 1 de cada 10 mujeres tendrá cáncer de mama durante su vida. Aunque las mujeres negras tienen una incidencia del cáncer de mama 18% menor que las blancas, sus tasas de supervivencia son mucho menores, probablemente porque en las mujeres blancas la enfermedad se diagnostica más precozmente. Aunque la tasa de incidencia del cáncer de pulmón en los hombres comenzó a declinar en 1984, la de las mujeres sigue aumentando.

Aunque las tasas de incidencia del cáncer de colon y recto han aumentado desde 1973, parecen haber alcanzado un punto máximo en los hombres y mujeres blancos. En los últimos años, las tasas de incidencia han mostrado una marcada disminución en la población blanca de ambos sexos, una moderada reducción en las mujeres negras, y estabilidad en los hombres negros. Si bien las tasas de mortalidad por cáncer de colon y recto han aumentado levemente en los hombres negros, han permanecido estable en las mujeres negras en los últimos años.

Accidentes y violencia. En 1995, casi 151.000 estadounidenses murieron a consecuencia de lesiones sufridas en accidentes de vehículos de motor, caídas, quemaduras, asfixia por ahogamiento, envenenamiento, homicidio y suicidio. Esto quiere decir que murieron por lesiones más de 400 personas por día, de las cuales al menos 58 eran niños. Se estima que en 1995 los costos por lesiones, que comprenden la atención médica directa y la rehabilitación así como la pérdida de ingresos y de productividad, superaron los US\$ 224.000 millones, lo que representa un aumento de 42% con respecto al último decenio. En los Estados Unidos, las lesiones no intencionales provocan más defunciones de personas de 1 a 34 años de edad que cualquier otra causa. Se pueden poner en práctica muchas medidas de prevención de lesiones no intencionales, entre ellas los cinturones de seguridad y los asientos especiales para niños a fin de prevenir los accidentes de tránsito mortales, los detectores de humo para alertar a los residentes de la posibilidad de incendio y el cercado de las piscinas para impedir ahogamientos; sin embargo, no se utilizan sistemáticamente.

En los últimos 30 años, los accidentes de tránsito mortales han disminuido en forma notable. Con todo, más de 1.200.000 personas perdieron la vida en las rutas en ese período, y los accidentes de tránsito siguieron siendo la principal causa de muerte por lesiones no intencionales. En la actualidad, los choques de vehículos de motor representan casi la tercera parte del total de las muertes por lesiones y son la principal causa de defunción de las personas de 5 a 24 años de edad. El consumo de alcohol se relaciona con más de 40% de las defunciones por accidentes de tránsito y es un factor importante en las aproximadamente 1.200.000 lesiones por choques que se registran cada año. Solamente en 1993 hubo 1.500.000 arrestos por conducir en estado de embriaguez o bajo la influencia de las drogas. Se estima que, en los Estados Unidos, aproximadamente dos de cada cinco personas sufrirán accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol.

Todos los años mueren cerca de 900 personas como consecuencia de heridas sufridas mientras andaban en bicicleta. En las salas de urgencias reciben tratamiento otros 550.000 ciclistas lesionados, en 33% de los casos con heridas en la ca-

beza, que son la causa de 62% de las muertes relacionadas con el ciclismo. Los estudios indican que los cascos protectores disminuyen el riesgo de lesiones en la cabeza en 80%.

En la actualidad, la tasa de mortalidad por incendio en los Estados Unidos es la más alta de todos los países industrializados. Los incendios que se producen en las viviendas residenciales son la causa principal de mortalidad relacionada con el fuego. En 1995 se produjeron 414.000 incendios de viviendas, en los que perdieron la vida 3.640 personas y resultaron lesionadas otras 18.650. Los daños materiales directos superaron los US\$ 4.200 millones; el costo de las muertes y lesiones por incendios alcanzó un total de \$16.000 millones. Las personas que viven en casas equipadas con detectores de humo tienen 50% menos de probabilidades de morir a causa de un incendio. En los Estados Unidos, aproximadamente una cuarta parte de las viviendas carecen de detectores de humo que funcionen.

En los Estados Unidos, en el curso de un día normal, 70 personas mueren víctimas de homicidio, 87 se suicidan, 3.000 intentan suicidarse y 18.000 como mínimo sobreviven a asaltos. Entre 1990 y 1995, la tasa de homicidio ajustada por edad disminuyó 8,9%, a 9,2 defunciones por 100.000 habitantes; entre los hombres de 25 a 44 años de edad, la tasa descendió 20,4%. Sin embargo, se observaron grandes diferencias en las tasas de homicidio registradas en 1995 en los hombres de 15 a 24 años. Las tasas de homicidio de los hombres negros y de los hispanos fueron 18 y 8,7 veces mayores respectivamente que las de los hombres blancos. El homicidio ocupa el segundo lugar entre las principales causas de defunción en los jóvenes de 15 a 24 años y es la causa más importante en los negros de este mismo grupo de edad.

En 1994, casi 5.000 mujeres fueron asesinadas en los Estados Unidos. En los casos en que se pudo determinar si el autor del crimen y la víctima se conocían, apenas 13% de las mujeres fueron muertas por extraños. De las mujeres asesinadas por alguien que las conocía, aproximadamente la mitad fueron víctimas de sus esposos o de personas con las que habían mantenido relaciones íntimas. La gran mayoría de las agresiones a mujeres no terminan en su muerte, sino en lesiones físicas y en una profunda angustia. Se estima que en 1985, el año más reciente para el que se dispone de datos, 1.800.000 mujeres fueron agredidas físicamente por los hombres con los que formaban pareja.

Entre 1980 y 1995 la tasa de suicidio aumentó solo levemente en la población de los Estados Unidos. Sin embargo, en 1995 el suicidio ocupó el noveno lugar entre las principales causas de defunción. Todos los años los suicidios se cobran más de 30.000 vidas; aproximadamente 80% de los que se suicidan son hombres. Los datos de mortalidad recopilados para el período comprendido entre 1990 y 1995 indican que en los Estados Unidos la tasa de suicidio registrada en los menores de 15 años fue dos veces mayor que la que en

promedio se observó en el mismo grupo de edad en otros países altamente industrializados. De 1952 a 1995 las tasas de suicidio de los adolescentes y de los adultos jóvenes se triplicaron con creces. Entre 1980 y 1995 la tasa de suicidio de los jóvenes de 15 a 19 años aumentó 23%; el incremento fue de 118% para los niños de 10 a 14 años. En ese período, la tasa correspondiente a los hombres negros de 15 a 19 años aumentó 146%.

Las tasas de suicidio de las personas mayores de 65 años siguen siendo muy altas. El período comprendido entre 1980 y 1990 fue el primer decenio, desde el de 1940, en que la tasa de suicidio de las personas mayores aumentó en vez de disminuir. En 1995, las personas de 65 años y más representaban 13% de la población, pero constituían casi la quinta parte de los suicidas. Puesto que este grupo de edad es el que más rápido crece en los Estados Unidos, es probable que el número de suicidios siga aumentando en él.

Trastornos del comportamiento. En 1994 funcionaban 5.932 centros de salud mental en los Estados Unidos. Casi 60% (3.216) estaban dirigidos o eran financiados en todo o en parte por alguna institución estatal de salud mental. Los hospitales psiquiátricos estatales y municipales llegaban a 260 (5%); los hospitales psiquiátricos privados eran 430 (8%); las instituciones para el tratamiento de niños con trastornos emocionales, 459 (9%); los hospitales generales con servicios de psiquiatría, 1.612 (30%); las organizaciones especializadas en psiquiatría de la Administración de Ex Combatientes, 161 (3%), y todas las demás organizaciones dedicadas a la salud mental, 2.470 (46%).

En 1994, las instituciones de salud mental recibieron aportes por US\$ 37.400 millones. De esta suma, los centros financiados en todo o en parte por alguna institución estatal dedicada a la salud mental recibieron \$23.200 millones y \$7.400 millones se destinaron a los hospitales de psiquiatría estatales y municipales. En 1994, el programa Medicaid proporcionó 20,4% (\$7.700 millones) y 21,9% (\$5.100 millones) del total de los fondos que recibieron, respectivamente, las instituciones de salud mental en su conjunto y los centros de salud mental dirigidos o financiados por instituciones estatales de salud mental. Las organizaciones de atención administrada proporcionaron fondos a 2.662 centros de salud mental (46%).

En 1992 (el último año para el que se dispone de datos), la prevalencia anual de trastornos mentales no relacionados con el abuso de sustancias fue de 16% en los adultos de 18 a 54 años de edad que no estaban internados en ninguna institución ni pertenecían a la población rural. De estos adultos, 11,1% sufrían algún trastorno depresivo (afectivo) y 34,2% obtuvieron tratamiento. La prevalencia de los trastornos depresivos fue mayor en las mujeres (34,2%) que en los hombres (13,1%).

Abuso de sustancias. En los Estados Unidos, aproximadamente 11% de las muertes prevenibles se relacionan con el consumo de alcohol y el uso de drogas ilegales. El consumo de alcohol se vincula con los choques de vehículos de motor y con lesiones intencionales de carácter mortal, como suicidios y homicidios: en 1994, 19.470 muertes se atribuyeron a causas producidas por el consumo de alcohol. El consumo excesivo de alcohol, que se define como la ingestión de cinco o más copas seguidas, como mínimo, alguna vez en las dos semanas anteriores a la medición, ha aumentado en los últimos años. En 1995 se notificó que 28% de los alumnos del último año del colegio secundario y 41% de los estudiantes universitarios consumían alcohol excesivamente.

En 1992 comenzó a aumentar la prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de último año del colegio secundario. Una preocupación conexas es la continua disminución del porcentaje de estudiantes secundarios que perciben que la sociedad reprueba el consumo ocasional de marihuana o que el uso habitual de esta droga produce daños físicos o psicológicos. La tasa de consumo entre los adultos jóvenes (18 a 25 años) siguió siendo aproximadamente la misma en 1994 y 1995.

El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales ha declarado que la Iniciativa para la Prevención del Abuso de Sustancias Tóxicas entre los jóvenes es una de las seis propuestas fundamentales del Departamento. De acuerdo con los objetivos de la Oficina de Política Nacional sobre el Abuso de Drogas, la iniciativa se propone educar a la juventud del país y capacitarla para que rechace las drogas ilegales, así como el alcohol y el tabaco. Su meta primordial es invertir la tendencia ascendente del consumo de marihuana y reducir en 25% la tasa de consumo entre los jóvenes de 12 a 17 años.

Salud oral. Quizá las afecciones dentales y bucales, que comprenden las caries dentales y las enfermedades periodontales, sean las más prevalentes y prevenibles en los Estados Unidos, sobre todo en los grupos de menor nivel socioeconómico. Aunque en general las condiciones de salud oral han mejorado, especialmente en los niños, en 1995 los gastos por servicios dentales llegaron a US\$ 45.800 millones, alrededor de 5,2% de todos los gastos realizados por concepto de servicios de atención a las personas. De la suma mencionada, 95,6% fue pagada directamente por los usuarios o por medio del seguro dental privado. Sin embargo, es importante señalar que menos de la mitad de la población estadounidense cuenta con este tipo de seguro.

En una encuesta nacional realizada entre 1988 y 1994 se comprobó que más de 60% de los niños menores de 10 años y 55% de los niños y adolescentes de 5 a 17 años tenían una dentición temporal sin caries. Aunque las caries de la dentición permanente continúan disminuyendo en los niños de edad escolar, 45% aún padecen esta enfermedad prevenible.

Las caries dentales afectan prácticamente a todos los estadounidenses adultos. En la encuesta se comprobó que 94% de las personas de 18 años y más tenían caries sin tratar u obturaciones en las coronas de sus dientes. Las mujeres tenían más caries que los hombres, pero menos caries sin tratar. Aunque los blancos tenían aproximadamente el doble de caries de corona que los negros y los estadounidenses de origen mexicano, estos dos grupos presentaban más superficies dentales que requerían tratamiento que los blancos. Las mujeres tenían mejor salud periodontal que los hombres, y los blancos presentaban menos problemas periodontales que los negros o los estadounidenses de ascendencia mexicana.

El cáncer bucal afecta sobre todo a los adultos mayores de 60 años y causa más de 8.000 defunciones al año. Su tratamiento es costoso y a menudo desfigura mucho el rostro y causa pérdida de funciones. En relación con los cánceres bucales, los factores de riesgo más comunes son el consumo de tabaco y de alcohol y la excesiva exposición al sol. La detección y el tratamiento precoz pueden reducir la morbilidad y el costo. Las estrategias seguidas en el lugar de trabajo y en la comunidad para eliminar el consumo de tabaco podrían evitar muchos de los 30.000 casos nuevos de cáncer bucal que se producen anualmente.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La política nacional más amplia para mejorar la salud y prevenir las condiciones de salud adversas se denomina "Gente Sana 2000". Su objetivo central es aumentar el número de personas que tienen una vida larga y saludable y sin discapacidad. El segundo objetivo del plan exige la eliminación de las desigualdades existentes en materia de salud entre los distintos grupos de población, y el tercero, el acceso de toda la población a servicios preventivos.

En su carácter de coordinadora general del plan "Gente Sana 2000", la Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de Salud, una dependencia del Departamento de Salud y Servicios Sociales encargada del programa, trabaja junto con instituciones del Servicio de Salud Pública, otros organismos y departamentos federales y miembros del Consorcio de "Gente Sana". El Consorcio está formado por 345 organizaciones de afiliación nacional, que representan a sociedades profesionales, de beneficencia y anónimas, y por 271 organismos estatales que colaboran para impulsar el plan de prevención y alcanzar las metas previstas para el año 2000. Los miembros del Consorcio han trabajado en la revisión y ampliación de los objetivos para el año 2000 y muchos de ellos han participado en reuniones de evaluación periódica de las actividades, presididas por el Subsecretario de Salud.

En 1994, el Servicio de Salud Pública llevó a cabo la revisión de los objetivos de “Gente Sana 2000”. En el documento final se puso de manifiesto que de los 300 proyectos en curso, 50% se acercaban a los objetivos perseguidos, 18% se alejaban de ellos, 3% no presentaban cambios y 29% no podían evaluarse por ser insuficientes los datos disponibles. En 1997, 44 estados, el Distrito de Columbia y Guam habían publicado planes propios de “Gente Sana 2000”. En 1993, 70% de los departamentos de salud locales compartían los objetivos de “Gente Sana”.

En la reunión del Consorcio de “Gente Sana” celebrada en 1996, en la que participaron la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, se sentaron las bases de la tercera generación de estos objetivos, “Gente Sana 2010”, que se impulsará en enero del 2000. Los miembros del Consorcio y los organismos federales, estatales y locales colaboran para desarrollar una serie de objetivos en los que se reflejarán los adelantos de la ciencia actual en materia de prevención y las cuestiones más importantes relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. “Gente Sana 2010” es la respuesta de los Estados Unidos a la Renovación de la Estrategia de Salud para Todos de la OMS.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Alimentación y nutrición. El régimen alimentario desempeña un papel fundamental en la prevención de enfermedades como la cardiopatía coronaria, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes mellitus, que son las principales causas de defunción y discapacidad en los Estados Unidos. La mejora de la nutrición de la madre y del niño reviste una importancia crucial para mejorar el estado nacional de salud.

Los objetivos nacionales en materia de nutrición se centran en la relación existente entre la obesidad, el tipo de alimentación y la enfermedad, la aplicación de las “normas alimentarias para los estadounidenses” en los servicios de preparación de comida, el asesoramiento alimentario, la rotulación de los alimentos, la enseñanza de nutrición en las escuelas, la nutrición maternoinfantil y la alimentación de las personas de edad avanzada. Las estrategias para lograr estos objetivos se centran en la rotulación de los alimentos para facilitar a los consumidores la observancia de las normas alimentarias; la garantía de que estas normas sean seguidas al preparar las comidas en instituciones como escuelas y guarderías de niños, y la enseñanza en materia de nutrición, sobre todo a los niños de edad escolar, los grupos de bajos ingresos y los profesionales de salud.

La estrategia de inocuidad de los alimentos comprende cuatro elementos: medidas de control para mejorar la inocuidad de los alimentos; asistencia técnica a los estados y territorios para que fiscalicen todas las operaciones relacionadas con alimentos; sistemas de vigilancia para observar la incidencia de agentes patógenos transmitidos por los alimentos, y comunicación con los consumidores para informarles sobre prácticas inocuas de manipulación de alimentos.

Salud ambiental. La consideración de las cuestiones relacionadas con el medio ambiente requiere la participación del Departamento de Salud y Servicios Sociales, la Agencia de Protección Ambiental, el Departamento de Agricultura y el Departamento de Transporte en el ámbito federal, así como de los organismos estatales y locales, el sector privado y los grupos comunitarios. La amplia variedad de asuntos prioritarios refleja la profundidad de los problemas. Algunas de las prioridades son la educación para la salud ambiental, los programas de evaluación del riesgo a cargo de organismos estatales de salud, los programas de respuesta de emergencia, y los proyectos de abastecimiento de agua y saneamiento destinados a la población migratoria y rural.

Como consecuencia de la labor que realiza en materia de prevención, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos reconoce que los riesgos para el medio ambiente son factores implícitos que influyen en el proceso de enfermedad. Entre las diversas enfermedades y disfunciones con un componente ambiental conocido o presunto están el cáncer, los trastornos reproductivos como la infertilidad y el bajo peso al nacer, los problemas neurológicos y las inmunodeficiencias, y las afecciones de las vías respiratorias, como el asma. La exposición a riesgos ambientales abarca una amplia gama de elementos, por ejemplo los plaguicidas, los productos químicos tóxicos y las radiaciones. Con frecuencia, el componente ambiental de una determinada enfermedad o que produce consecuencias para la salud es el resultado de exposiciones reiteradas y acumulativas.

La magnitud de la amenaza que suponen los riesgos para el medio ambiente en la salud de la población nacional se pone de manifiesto en los siguientes ejemplos. En 1995, una tercera parte de la población de los Estados Unidos vivía en zonas donde la atmósfera estaba demasiado contaminada y no reunía los requisitos exigidos en materia de salud. Uno de cada cuatro residentes del país vivía dentro de un radio de 6,4 km de un sitio de desechos peligrosos a cuya limpieza la Agencia para la Protección del Medio Ambiente asignaba un alto grado de prioridad. Los mantos acuíferos de los que se extrae gran parte del agua que se bebe en el país no se pueden reabastecer con la misma rapidez con que son abatidos y, mientras tanto, resultan cada vez más vulnerables a la contaminación tóxica.

Servicios de planificación familiar. Los fondos públicos que permiten ofrecer servicios de planificación familiar provienen de varios programas. La fuente principal de recursos es Medicaid, un programa del Gobierno Federal y de los estados establecido primordialmente para prestar servicios a las mujeres de bajos ingresos. En el año fiscal 1997, se estima que Medicaid reembolsó a los proveedores de atención de salud un total de US\$ 475 millones para la prestación de servicios de planificación familiar.

El único programa federal dedicado exclusivamente a financiar estos servicios es el Título X de la Ley del Servicio de Salud Pública. Los organismos beneficiarios de la financiación ofrecen diversas opciones anticonceptivas, además de enseñanza y asesoramiento, a las mujeres de bajos ingresos, en particular a las que no reúnen los requisitos para quedar amparadas por Medicaid y que carecen de seguro médico privado. Con un presupuesto de US\$ 198 millones para el año fiscal 1997, el programa del Título X brinda sus servicios a 5 millones de mujeres por medio de una red de 5.000 dispensarios que funcionan en toda la nación. En la mayor parte de los estados, los servicios de planificación familiar también se financian parcialmente con fondos federales de la llamada Subvención Global para Salud Maternoinfantil y Servicios Sociales. Además, algunos dispensarios con servicios de planificación familiar reciben ayuda financiera estatal y local.

En el año fiscal 1997 se asignó al Programa para la Vida de Familia de los Adolescentes un presupuesto de US\$ 14,2 millones para programas destinados a controlar el número de embarazos de adolescentes. Con estos fondos, costea proyectos de demostración comunitarios que se ocupan fundamentalmente de la sexualidad, el embarazo y la paternidad o maternidad de los adolescentes. Los proyectos de prevención alientan a los adolescentes a abstenerse de mantener una actividad sexual precoz. Se requiere el consentimiento de los padres para recibir estos servicios.

Investigación y tecnología en salud

Investigación. La investigación biomédica y sobre el comportamiento, y el adiestramiento en estas disciplinas se lleva a cabo por medio de una vasta red de programas externos en los que participan las principales universidades y facultades de medicina y centros de investigación del país. Por medio de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) el Gobierno Federal apoya a casi 40% de las actividades de investigación y desarrollo en el campo biomédico en el país. La mayor prioridad en materia de financiamiento es la investigación básica. Esta inversión en investigaciones se ha compensado con muchos logros: nuevos conocimientos sobre el cuerpo humano, tanto de los genes como de los sistemas orgánicos, investigaciones y

tecnología clínica, técnicas innovadoras de diagnóstico, nuevos medicamentos para luchar contra las enfermedades, y nuevas vacunas para prevenirlas. Mediante sus programas de adiestramiento, los Institutos Nacionales de Salud velan por el constante ingreso de profesionales jóvenes a la comunidad de investigación biomédica.

El presupuesto total de los Institutos Nacionales de Salud para el año fiscal 1998 es de unos US\$ 13.600 millones, de los cuales \$1.600 millones se destinan a investigaciones sobre el sida. Alrededor de 79% de este presupuesto apoya la investigación y el adiestramiento externos en los Estados Unidos y en el extranjero, y otro 11% aproximadamente la investigación que se realiza en los laboratorios de los Institutos Nacionales de Salud. Aunque representa tan solo alrededor de 1,5% del presupuesto total de estos Institutos, la cooperación internacional es un elemento importante de su cartera de investigaciones. La interacción a escala mundial entre los investigadores en el campo biomédico y del comportamiento, los técnicos y los laboratorios acrecienta las posibilidades de capitalizar oportunidades científicas y nuevas tecnologías de diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades.

Transferencia de tecnología. La transferencia de tecnología ha adquirido creciente importancia en los Estados Unidos. Entraña la difusión de los resultados de las investigaciones, la colaboración entre las instituciones apoyadas por el sector público, las universidades y las organizaciones industriales en los proyectos de investigación y desarrollo, la concesión de derechos de propiedad intelectual, y la introducción en el mercado, entre otras cosas, de nuevos dispositivos, vacunas y fármacos para diagnóstico y tratamiento. Una buena asociación entre estas entidades aumenta la capacidad de realizar investigaciones clínicas y de laboratorio, facilita la aplicación de los descubrimientos científicos en adelantos en salud pública y contribuye al crecimiento económico. Se considera que los Institutos Nacionales de Salud son las entidades oficiales más importantes de los Estados Unidos en materia de transferencia de tecnología, puesto que esta representa más de 80% de los ingresos por regalías obtenidos por el Gobierno.

Si bien han aumentado las actividades relacionadas con la transferencia de tecnología, se plantean muchos problemas y dudas con respecto a su administración, como los relativos a la manera en que la colaboración y los acuerdos concertados entre el sector académico y el industrial afectan a la labor financiada por los Institutos. Otro tema que preocupa es determinar cómo las inversiones públicas en investigación quedan reflejadas en el precio de los productos médicos. Los Institutos Nacionales de Salud han abordado esta cuestión recurriendo a cuidadosos procedimientos de selección de sus socios y a técnicas de negociación constructivas, ejerciendo una firme fiscalización de los puntos de referencia establecidos oportunamente y que deben ser respetados por el concesio-

nario autorizado, y poniendo su mejor empeño para que los descubrimientos efectuados lleguen lo más rápido posible al mercado a fin de mejorar la salud pública.

La gestión de la propiedad intelectual, como en el caso de los descubrimientos derivados de investigaciones sobre el genoma humano, es un tema nuevo que requiere cuidadosa consideración. Se discute si la propiedad intelectual resultante de investigaciones financiadas por el Gobierno se debe patentar o debe ponerse a disposición de todos.

Investigación sobre servicios de salud. Cada vez se presta más atención a las investigaciones para mejorar la prestación de servicios de salud, el resultado obtenido por los pacientes y la evaluación de la tecnología de atención de salud. El organismo que determina la política y diseña las investigaciones en este campo, la Agencia de Políticas e Investigación de la Atención de Salud (AHCPR), que forma parte del Servicio de Salud Pública, es la principal institución de apoyo a las investigaciones para mejorar la calidad y reducir el costo de la atención de salud, y para ampliar las posibilidades de acceso a los servicios esenciales. Su presupuesto para el año fiscal 1997 fue de US\$ 143,5 millones. Estos fondos financian las investigaciones que se realizan para someter a prueba las hipótesis en las que se basan las políticas y prácticas sanitarias actuales, estudiar las nuevas maneras de organizar, financiar y prestar servicios de salud, y mejorar los métodos de evaluación de la tecnología de la atención de salud.

Sistemas de vigilancia y acopio de datos

La información sobre salud es vital para entender el estado de salud de la población y planear, ejecutar, describir y evaluar programas de salud pública destinados a controlar y prevenir acontecimientos adversos para la salud. Los datos deben ser exactos, oportunos y utilizables para poder determinar hasta qué punto se han cumplido los objetivos de salud pública. La base para planificar y evaluar los objetivos nacionales de "Gente Sana 2000" es la información y su análisis.

El Servicio de Salud Pública ha establecido objetivos para el sistema nacional de vigilancia y acopio de datos con el propósito de ampliar la cobertura y eficacia de los sistemas de acopio de datos de salud pública. Algunas actividades importantes que se llevan a cabo en el plano nacional son la recolección directa y compilación de los datos acopiados por otros organismos; el análisis y difusión de información sobre salud en relación con el grado de cumplimiento de los objetivos de "Gente Sana 2000" por otras entidades federales, estatales y locales; la asistencia a los organismos estatales y locales en la vigilancia y evaluación de los datos de salud pública, y la coordinación de una red de vigilancia federal, esta-

tal y local de enfermedades de importancia para la salud pública.

Gasto y financiamiento sectorial

En 1995, el gasto nacional en salud fue de US\$ 988.500 millones, mayor que el de \$937.100 millones de 1994. El aumento del gasto en salud de 1995 fue levemente superior al de 5,1% registrado en 1994, en tanto que el gasto por persona subió en \$156 en relación con los \$3.465 de 1994. El crecimiento del gasto nacional en salud se desaceleró en forma sostenida y del incremento de dos dígitos de los años ochenta y de casi dos dígitos de principios de los noventa pasó a 6,9% en 1993. Las tasas de crecimiento correspondientes a 1994 y 1995 fueron las más bajas en más de 30 años. En 1995, el gasto nacional en salud representó 13,6% del producto interno bruto (PIB).

El sistema de atención de salud de Estados Unidos, depende mucho de los pagos que efectúa el seguro privado por asistencia médica. Este seguro, provisto por los empleadores o adquirido individualmente, cubre casi a las tres cuartas partes de la población; 14% de esta carece por completo de cobertura médica.

En 1995, Medicare y Medicaid financiaron aproximadamente 36% del total de gastos en servicios de atención a las personas y representaron 80,9% de la participación del sector público en el financiamiento de la atención de salud. Estos dos programas financiaban 47% de la atención hospitalaria y alrededor de 26,9% de los servicios médicos.

Medicare, creado en 1965, fue concebido para proteger a las personas mayores de 65 años de los altos costos de la atención médica. En 1972 se amplió para cubrir a otros grupos de población, como los trabajadores discapacitados y las personas con enfermedades terminales de los riñones. A diferencia de otros programas federales de salud, Medicare no se costea únicamente con ingresos generales. En 1995, 85,4% de la parte del beneficio correspondiente a seguro hospitalario provino de un impuesto sobre nóminas de 1,45% con que se gravó a empleadores y empleados. La parte de Medicare correspondiente a seguro médico suplementario que cubre los servicios médicos se costea con las primas mensuales pagadas por 35,7 millones de beneficiarios.

El gasto ha subido más para Medicare que para el sector privado, sobre todo porque este ha podido acumular mayores ahorros con la atención administrada. Medicare debe basar sus pagos por atención administrada en una fórmula que relaciona los costos del programa con el pago directo de distintos servicios. Por consiguiente, con arreglo a las normas vigentes, Medicare no se puede beneficiar con los descuentos ni con otros factores que generan ahorros al sector privado. Esta es la razón primordial por la que, en 1995, el gasto del sector

privado creció 2,9% en vez de 8,7%, como ocurrió con el sector público.

La atención administrada se caracteriza por hacer hincapié en la asistencia preventiva, la eliminación de servicios innecesarios, los descuentos de precios negociados y los menores copagos y pagos deducibles. En 1995, más de la mitad de la población de los Estados Unidos estaba inscrita en el sistema de atención administrada.

Medicaid, que también se estableció en 1965, es un programa realizado conjuntamente por los estados y el Gobierno Federal, para proporcionar servicios a los pobres. El Gobierno Federal determina las directrices generales de admisibilidad y los servicios obligatorios. Cada estado tiene la opción de ampliar el plan de cobertura básica ofreciendo servicios adicionales. En 1995, Medicaid prestó servicios a 36,3 millones de personas y exhibió un gasto real de US\$ 328.900 millones.

El gasto de Medicaid es casi todo institucional, y 39,1% corresponde a atención hospitalaria y 27,2% a cuidados en casas de convalecencia. Medicaid es la mayor fuente de pagos por terceros de los gastos en atención prestada en establecimientos de larga estancia, y en 1995 costaba 46,5% de la atención en casas de convalecencia. Los beneficiarios pobres recibieron 25% de los beneficios del programa, y los ciegos y discapacitados, que representan solo un tercio de la población amparada por Medicaid, el 75% restante.

Cooperación técnica y financiera externa

Los Estados Unidos proporcionan asistencia técnica a otros países, principalmente por medio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). En el año fiscal 1996, el Centro de Población, Salud y Nutrición destinó aproximadamente US\$ 916 millones a este tipo de asistencia. El Departamento de Salud y Servicios Sociales trabaja en forma directa con los países o en colaboración con

USAID para brindar cooperación técnica en actividades relacionadas con la salud y que sean de beneficio mutuo.

Las cuestiones vinculadas con la salud pública internacional producen cada vez más efectos sobre la salud de la población de los Estados Unidos. Temas como las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, la armonización de los alimentos con los productos farmacéuticos, los mecanismos de vigilancia mundial de las enfermedades y la creciente importancia de las enfermedades crónicas constituyen preocupaciones serias. Los Estados Unidos participan activamente en actividades multilaterales y bilaterales en las que se tiene en cuenta la creciente importancia de estos temas.

La colaboración internacional en curso se realiza en varios frentes. Entre los programas que supervisa la Oficina de Salud Internacional y de los Refugiados, dependiente del Departamento de Salud y Servicios Sociales, figuran el Comité de Salud de la Comisión Binacional Gore-Chernomyrdin, la promoción de una mayor cooperación con México, sobre todo en la frontera, la Comisión Binacional Estados Unidos/México; la ejecución de un nuevo programa con USAID en Egipto, centrado en la política sanitaria y la adopción de decisiones en materia de salud, el apoyo a la Comisión Gore-Mbeki, un acuerdo bilateral con Sudáfrica, la cooperación con Israel, los Países Bajos, Japón y China en política sanitaria y cuestiones afines, el apoyo brindado por el Departamento al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y a otros programas internacionales de la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OPS, y la cooperación en curso con la Oficina de Reasentamiento de Refugiados y USAID en asuntos relacionados con la salud de los refugiados y la capacidad de respuesta en situaciones de emergencia.

Los Estados Unidos están aprovechando las lecciones aprendidas con "Gente Sana 2000" para organizar "Gente Sana 2010". El país procura compartir su experiencia y aprender de otros países para mejorar la próxima generación de "salud para todos".

GRANADA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Granada se encuentra en el extremo meridional de las Islas de Barlovento y consta de tres islas hermanas: Granada, Carriacou y Petit Martinique. Granada está situada entre los 12° de latitud norte y 60° de latitud oeste, unos 160 km al norte de Venezuela y 145 km al sudoeste de Barbados. La superficie terrestre del país es de 344 km².

La capital, St. George's, se encuentra en la parroquia de St. George, y tiene una población aproximada de 31.944 habitantes (33% de la población total). En 1991, la parroquia de St. Andrew tenía una población de 24.135 personas (25% de la población), seguida de St. David con 11.011 (12%), St. Patrick con 10.118 (11%), St. John con 8.752 (9%) y St. Mark con 3.861 (4%). Según el censo de población de 1991, 6% de la población (5.000 personas), vivían en Carriacou y 726 en Petit Martinique.

El producto interno bruto (PIB) al costo de los factores en precios constantes de 1990 fue de US\$ 195,1 millones en 1995 (aproximadamente \$1.980 per cápita), lo que representa un aumento de 5,3% con respecto a la cifra de 1992, que fue de \$185,3 millones (\$1.920 per cápita). La inflación anual entre 1992 y 1995 alcanzó una media de 2,6%.

El sector de turismo creció anualmente a un ritmo de 10% durante el período considerado, y fue el sector más dinámico entre 1992 y 1995: su aportación porcentual al PIB creció 23,3%, pasando de 7,3% a 9,0%. El número de visitantes que pernoctaron en el país pasó de 87.554 a 108.007 durante ese período, lo que representó un aumento de 23,4%. En 1995, 446 transatlánticos visitaron la isla (3,5% más que en 1992), y trajeron 249.879 visitantes, lo que representó un aumento de 27,6% sobre el número de 1992.

La producción agrícola de cultivos tradicionales, como el cacao, la nuez moscada y el banano, obtuvo resultados de distinto signo entre 1992 y 1995. La producción de cacao au-

mentó 17%, la de nuez moscada descendió 24% y la del banano se contrajo 32%. La producción total de esos cultivos disminuyó 26,1% entre 1995 y 1996 debido sobre todo a una merma de 57% en la producción del banano. Durante ese período otros cultivos agrícolas mantuvieron una producción bastante estable.

Las telecomunicaciones mejoraron en forma significativa entre 1992 y 1995, y al final de ese período se disponía de los servicios y de la tecnología de comunicación más modernos. La única central generadora de electricidad se privatizó en 1994, y actualmente hay planes para ampliar su capacidad.

La tasa de inflación se ha mantenido relativamente sin cambios, con un ligero aumento de 2,1% en 1995 a 3,1% en 1996. Según los hallazgos de la Encuesta de la Fuerza de Trabajo de 1996, estaban sin empleo 6.835 personas con edades comprendidas entre 15 y 60 años, y la tasa de desempleo era de 13,6%. La encuesta puso también de manifiesto que del total de la población desempleada las mujeres representaban 68% (4.844) y las personas de 15 a 29 años de edad, 56% (3.826).

El Gobierno cambió en 1995, año en que el Nuevo Partido Nacional sustituyó al Congreso Democrático Nacional. El nuevo gobierno se ha comprometido a establecer un organismo público cuyo mandato será administrar todo el sistema de atención de salud pública. Como primera medida en este proceso, se creó una junta directiva encargada de la gestión del Hospital General.

El total de los gastos ordinarios del sector público en 1996 fue de US\$ 68,1 millones, cifra ligeramente superior a los \$68 millones gastados en 1995 y 7,5% por encima de los \$63,3 millones de 1992. Los gastos en salud fueron de \$8,2 millones en 1992, \$8,0 millones en 1993, \$8,2 millones en 1994, \$8,7 millones en 1995 y \$9,6 millones (10,7% más) en 1996. Ello revela que los gastos de salud aumentaron aproximadamente 17% entre 1992 y 1996, lo que representa una cifra más de dos veces superior al crecimiento nacional de 7,5% en todos los gastos contraídos durante ese mismo período. En 1996, los gastos ordinarios en salud fueron de \$97,10 per cápita.

Granada aplicó un programa de ajuste estructural entre 1992 y 1994. Las reformas tuvieron como objetivo principal reducir el gasto público, estimular el crecimiento del sector privado, ofrecer incentivos a los proyectos relacionados con el turismo, las manufacturas y la informática, y facilitar la privatización de los activos públicos. Durante ese período, el valor de los servicios gubernamentales como porcentaje del PIB bajó de 19% a 16,6%, y volvió a disminuir a 15,9% en 1995.

La tasa de alfabetización de adultos se estimaba en 85% en 1996. Durante el año académico 1994–1995, 3.448 niños con edades comprendidas entre 1 y 5 años estaban inscritos en 73 centros públicos de enseñanza preescolar. Ese mismo año se produjeron 2.595 nuevas admisiones en el sistema de enseñanza primaria, lo que dio lugar a un total de 23.017 alumnos matriculados en 58 escuelas públicas de enseñanza primaria; los maestros eran 869, lo que daba una razón alumno/profesor de 26:1 en las escuelas públicas de ese nivel. Hay también en el país 16 escuelas primarias privadas. Durante el mismo año académico, 1.448 alumnos se inscribieron por primera vez en las 19 escuelas de enseñanza secundaria, lo que dio lugar a un total de 7.260 alumnos matriculados (41% hombres y 59% mujeres). El personal docente de enseñanza secundaria estaba integrado por 381 profesores, con una razón profesor/alumno de 1:19. Entre 1992 y 1995 se produjeron 1.039 casos de abandono escolar en el sistema de enseñanza primaria (59% hombres y 41% mujeres) y más de 403 abandonos en el sistema de enseñanza secundaria (44% hombres y 56% mujeres).

Población

La población estimada de Granada a mediados de 1995 era de 98.500 personas (50,8% mujeres y 49,2% hombres). La estructura de la población era muy joven: 47.313 personas (48,3% del total de la población) tenían menos de 20 años de edad. Como la esperanza de vida se estima actualmente en 68 años para los hombres y 72 para las mujeres, se prevé que el grupo de población de 60 años y más aumentará a lo largo del próximo decenio.

El total de los nacidos vivos ha disminuido a lo largo del pasado decenio, descendiendo desde 3.107 en 1985 a 2.372 en 1992 y 2.286 en 1995. La tasa bruta de natalidad disminuyó 27%, pasando de 34,0 por 1.000 habitantes en 1985 a 24,6 por 1.000 en 1992 y a 23,3 en 1995, lo que representó un descenso de 5,3%. La tasa bruta de mortalidad se ha mantenido bastante estable; en 1985 era de 8,2 por 1.000 habitantes. La tasa de crecimiento natural de la población osciló entre 20 y 26 por 1.000 habitantes durante la mayor parte de los años ochenta, y se estimaba entre 15 y 17 por 1.000 habitantes durante el período de 1992-1995. La tasa media de fecundidad

durante el período considerado fue de 3,2 hijos por mujer en edad de procrear.

En 1995, 28% de las madres tuvieron su primer hijo, 19% el segundo hijo y 16% el tercero, pauta semejante a la observada en 1994. En este último año, 26,1% de los nacimientos correspondieron a mujeres con edades comprendidas entre 20 y 24 años, y 16,9% de todos los nacimientos correspondieron a madres adolescentes, lo que significó un cambio de 28,6% y 18,3%, respectivamente, en comparación con 1992.

Mortalidad

La calidad de los datos sobre la mortalidad ha mejorado en los últimos años, y se realizan constantes esfuerzos por progresar todavía más. Por ejemplo, con el fin de perfeccionar la redacción de los certificados de defunción, se realizarán seminarios para médicos que permitan acomodar el sistema de información a lo establecido en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

En 1992 y 1995, las causas principales de defunción fueron las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, con 131 y 119 defunciones, respectivamente, y con tasas de mortalidad de 136,2 y 120,8 por 100.000 habitantes. Otra causa importante de defunción durante los mismos años fue la enfermedad cerebrovascular, con 94 y 104 defunciones, respectivamente, y tasas de mortalidad de 97,7 y 115,7 por 100.000; los tumores malignos con 72 y 95 defunciones, y tasas de 74,8 y 96,4; la cardiopatía isquémica, con 30 y 51 defunciones y tasas de 31,2 y 51,8; las enfermedades del sistema urinario, con 22 y 33 defunciones y tasas de mortalidad de 22,9 y 33,5; las enfermedades endocrinas y metabólicas, con 25 y 32 defunciones y tasas de 26,0 y 32,5, y ciertas afecciones originadas en el período perinatal, con 21 y 38 defunciones y tasas de mortalidad de 21,8 y 38,6.

Morbilidad

Durante el período 1992–1995 hubo 31.440 ingresos en el Hospital General, con una estancia media de 6,1 días y una tasa de ocupación de camas de 60%. Los ingresos y las altas del Hospital General se clasifican por servicio y diagnóstico, pero solo se presentan sistemáticamente en un informe los datos relativos a los servicios.

La población de edad más avanzada sufre sobre todo los efectos de la diabetes, la hipertensión y las enfermedades coronarias y cardiovasculares y sus complicaciones. En lo que se refiere a las personas sometidas a examen en los servicios de salud distritales en los años 1992–1995, entre 8,5% y 14,1% de los casos se diagnosticaron como diabetes mellitus y entre 10,5% y 11,7% como hipertensión.

Los datos sobre morbilidad, que se refieren únicamente a las personas que solicitan tratamiento en el sistema público de atención primaria de salud y reflejan solo las enfermedades de declaración obligatoria, revelan que las principales causas de morbilidad infantil continúan siendo las infecciones respiratorias, la gastroenteritis y la diarrea. Los datos de 1996 indican que las causas principales de morbilidad en los niños de 0 a 4 años de edad son también las infecciones respiratorias (4.772), la gastroenteritis (957) y la diarrea (550). Entre 1992 y 1996, los datos registrados revelan un aumento alarmante de la gastroenteritis en los niños, ya que creció 60% en los menores de 5 años y 73,5% en los de 5 y más años. No obstante, parte del aumento registrado se debe a los progresos logrados en el sistema de notificación.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

Entre 1992 y 1995 hubo 119 defunciones de niños menores de 1 año de edad, y 48% de estas tuvieron lugar durante el primer día de vida. Las causas principales de defunción fueron las anomalías congénitas del corazón y del sistema circulatorio, la hipoxia, la asfixia al nacer, otras afecciones respiratorias, el crecimiento anormal del feto y la malnutrición e inmadurez fetal. En el mismo período fallecieron 27 niños de 1 a 4 años de edad, y las principales causas de defunción fueron las enfermedades del sistema nervioso, del sistema respiratorio y del sistema digestivo. En el grupo de 5 a 9 años de edad murieron durante ese período 16 niños.

La proporción de niños de bajo peso al nacer osciló entre 9,7% y 10,6% del total de los nacimientos en 1992–1995. La tasa de mortalidad infantil fue de 10,5 por 1.000 nacidos vivos en 1992, se elevó a 14,4 por 1.000 y 14,6 por 1.000 en 1993 y 1994, respectivamente, y disminuyó luego a 12,7 por 1.000 nacidos vivos en 1995. La tasa de mortalidad neonatal fue de 9,9; 9,8 y 7,4 por 1.000 nacidos vivos en los años 1993, 1994 y 1995, respectivamente.

De acuerdo con los datos relativos a la población estimada de niños menores de 5 años y al número de primeras visitas a los consultorios infantiles, más de 80% de los niños de este grupo de edad son examinados por personal capacitado del sector público y en su primera visita de cada año, los niños son pesados y medidos. Durante el período 1992–1995, entre 1% y 2% de los niños que concurren a la primera visita tenían un peso inferior o superior al normal. No se dispone de ninguna información sobre los niños que visitan exclusivamente a médicos particulares. En 1995, el Ministe-

rio de Salud emprendió una campaña para alentar la lactancia materna. De un total de 1.154 lactantes de 3 meses de edad examinados, 397 (34,4%) habían recibido exclusivamente leche materna durante los tres primeros meses de vida.

La salud del adolescente

En 1995, el país tenía alrededor de 21.000 personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años, y la mayor parte de ellas concurrían a escuelas primarias o secundarias. Los datos correspondientes a 1996 revelan que 2.503 adolescentes estaban empleados.

Las tasas de fecundidad entre las adolescentes han continuado disminuyendo, bajando de 92,9 por 1.000 a 82,4 por 1.000 entre 1992 y 1995. Los embarazos en la adolescencia disminuyeron 9,7%, bajando de 433 a 391 nacimientos, que representaron 18,3% y 17,1% del total de los nacimientos en esos mismos años, respectivamente. En 1994 y 1995, 75% de las madres adolescentes tuvieron su primer hijo, y 5% tuvieron como mínimo su tercer parto. El número de nacimientos registrados de madres menores de 15 años de edad subió de 8 en 1994 a 17 en 1995.

En 1995, 45 adolescentes fueron encarcelados, 60% de ellos por robo. Dentro de este grupo de edad se produjeron 10 defunciones, que representaron aproximadamente 1% del total de las mismas.

La salud de la mujer

Se estima que aproximadamente 78% de las mujeres embarazadas visitaron los dispensarios de atención prenatal de los centros de salud comunitarios, y fueron examinadas fundamentalmente por una enfermera. No obstante, solo entre 5% y 7% de estas mujeres realizaron su primera visita antes de la duodécima semana de embarazo, mientras que 80% concurren a los dispensarios después de la decimosexta semana de embarazo o más tarde. Algunas mujeres embarazadas visitaron a un médico particular antes de solicitar atención en los servicios públicos de atención prenatal.

En 1995, 948 mujeres solicitaron servicios de planificación familiar en los centros de salud de los distritos después de un parto. De ellas, 65% deseaba asesoramiento sobre las distintas posibilidades de planificación familiar, 25% pidió condones, 7% solicitó la esterilización y el resto se mostró interesado sobre todo por los dispositivos intrauterinos o la inyección. La Asociación de Planificación Familiar de Granada ofrece también servicios de planificación familiar; en 1996 la Asociación ofreció servicios a 1.266 mujeres, mientras que en 1995 había atendido a 1.729 mujeres.

La salud del adulto mayor

Los datos de mitad de año indican que las personas de 60 años y más representan 10,8% del total de la población (10.648 personas, 59% mujeres y 41% hombres). Los datos también indicaron que 31% de los hogares estaban encabezados por personas de 60 años y más (53% mujeres y 47% hombres). Dentro de este grupo de población, 30% de las personas viven solas, porcentaje que se distribuye de manera uniforme entre uno y otro sexo. En 1986, 8,9% de la fuerza de trabajo (38.078 personas) tenían 60 años y más (59% hombres y 41% mujeres). Existen hogares que atienden a los ancianos (1 público y 12 privados), y una organización no gubernamental también se dedica específicamente a este grupo de edad.

La salud de los discapacitados

El Consejo Nacional de Discapacitados es el principal organismo responsable de las actividades relacionadas con este grupo de población; se ocupa de prestar apoyo a las personas con discapacidades físicas y mentales y a sus padres. Durante 1997 el Consejo investigó el número de personas con discapacidades dentro del país.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. Con el fin de controlar la propagación de la fiebre del dengue, se mantiene el programa de lucha contra los mosquitos para reducir la población de *Aedes aegypti*. Los principales métodos utilizados en todo el país son los medios de control químico que brindan atención prioritaria a las zonas de alto riesgo y a los programas de educación en salud que alientan a la población a mantener un entorno limpio y saludable. La reducción de la fuente de origen y la lucha biológica, con especial hincapié en la participación comunitaria, son los métodos utilizados cada vez más.

Después de que en 1992 no hubiera ningún caso de dengue y de que en los tres años siguientes el promedio fuera inferior a 10, en 1996 hubo 21 casos.

Rabia. El departamento de salud ambiental continuó esforzándose por reducir la incidencia de la rabia mediante la vacunación anual de los animales domésticos en toda la isla, con el fin de romper el vínculo entre la transmisión del virus de la rabia de la mangosta al hombre.

Enfermedades inmunoprevenibles. En 1996 las tasas de cobertura de inmunización de niños menores de 1 año de

edad fueron inferiores a los niveles esperados para este país, observándose un descenso general en comparación con años anteriores: se inmunizó a 80% contra la difteria, el tétanos, la tos ferina y la poliomielitis, y a 85% contra el sarampión. Una enfermera de salud comunitaria de nivel superior tiene a su cargo la coordinación del programa y se está aplicando un sistema de vigilancia más perfeccionado por medio de visitas a todos los centros de salud para comprobar cómo se identifica la población destinataria dentro de cada distrito, y se orienta al personal sobre posibles mejoras.

La legislación promulgada en 1980, y actualmente en proceso de revisión y actualización, establece que todos los niños menores de 13 años deben ser inmunizados contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, el sarampión y la poliomielitis. No se registró ningún caso de tétanos neonatal en los dos últimos decenios; la cobertura de inmunización de las mujeres que recurrieron a los servicios públicos de atención prenatal en 1995 fue superior a 80%. Dentro del mismo programa, el Ministerio de Salud provee inmunización contra la parotiditis y la rubéola, y se está examinando la posibilidad de volver a introducir la inmunización contra la tuberculosis.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. La epidemia del sida continúa avanzando lentamente en Granada. El total acumulado de personas con infección por el VIH era de 141 a finales de 1996, con una razón hombre/mujer de 2:1. De ese total, 7 eran casos pediátricos, 3 de los cuales fallecieron. Todos los casos pediátricos se vincularon a la transmisión vertical durante el embarazo. En 1996 se registraron 19 casos nuevos de infección por el VIH; ese mismo año se registraron 3 casos pediátricos. Se trata del primer año en que se registró más de un caso. En 1996 se notificaron 17 casos de sida, lo que dio lugar a un total acumulado de 96 casos (70 hombres y 26 mujeres), 71 de los cuales fallecieron.

El número de casos de sífilis notificados al Ministerio de Salud bajó de 127 en 1992 a 54 en 1996, lo que representa una reducción de más de 57%. En 1996 hubo 112 casos de gonorrea, más del doble que el año anterior. Es posible que estas cifras sean más bajas que las reales, ya que la mayor parte de las personas suelen acudir a un médico particular para el tratamiento de esas enfermedades. Es obligatorio que médicos particulares comuniquen esta información para que el Ministerio de Salud pueda evaluar mejor la situación.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Salud ambiental, abastecimiento de agua, sistemas de alcantarillado y eliminación de desechos sólidos. El Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud se encarga de controlar la contaminación del agua, mejorar el

tratamiento de las aguas residuales, asegurar que la población tenga acceso a un suministro suficiente de agua potable, mejorar los sistemas de eliminación de excretas y otras sustancias nocivas para la vida humana, animal y vegetal, y mejorar la higiene alimentaria en el país. Dicho Departamento cuenta con 14 funcionarios especializados en salud ambiental.

Granada no tiene políticas nacionales ni programas organizados para combatir la contaminación costera, pero es consciente de los distintos acuerdos internacionales que protegen el Mar Caribe de la contaminación. Actualmente está en revisión la legislación sobre salud ambiental y se está tramitando una ley sobre eliminación de la basura.

El Censo de Población y Vivienda de 1991 indica que 50,2% de la población contaba con agua potable en la casa, otro 13,4% la recibía en sus patios y 7,5% tenía tomas privadas, mientras que 21,1% utilizaba fuentes públicas. El Organismo Nacional de Abastecimiento de Agua y Alcantarillado estima que, en enero de 1994, el porcentaje de hogares con conexiones por tubería era de aproximadamente 59%, lo que significa que cerca de 85% de la población tiene acceso a agua potable (96,4% en St. George's y 76,1% en el resto del país).

El Ministerio de Salud se encarga de supervisar la calidad del agua, pero sus recursos son insuficientes para ello. El Organismo Nacional de Abastecimiento de Agua y Alcantarillado se ocupa actualmente de la vigilancia y presenta informes periódicos al Ministerio a través del Oficial Médico Principal. El Ministerio trabaja para lograr su propia capacidad de vigilancia a través del Instituto de Salud Ambiental del Caribe (CEHI) y en colaboración con los especialistas del laboratorio de productos químicos.

De acuerdo con el censo de 1991, 59% de los hogares utilizaban letrinas de pozo, 33% fosas sépticas, 3% estaban conectados a un sistema de alcantarillado y 3,9% (más de 850 hogares) no tenían excusado. El sistema de alcantarillado de St. George's se perfeccionó en 1992, y en 1993 se puso en marcha el Proyecto de Alcantarillado de Grand Anse.

La introducción de la Ley de Desechos Sólidos de 1995 tuvo como resultado el establecimiento del Organismo de Manejo de Desechos Sólidos, institución pública encargada de lograr un sistema más eficiente de evacuación y eliminación de la basura. Estas funciones, desempeñadas anteriormente por el Ministerio de Salud, se han privatizado y los contratistas tienen la responsabilidad de mantener limpio el país. El Ministerio de Salud continuará desempeñando su función reguladora y supervisando la gestión de los desechos sólidos.

Seguridad alimentaria. El Ministerio de Salud continúa esforzándose por mejorar la situación en lo que se refiere a la manipulación y elaboración de alimentos, con el objetivo de reducir las enfermedades transmitidas por ese medio. Se han celebrado y continuarán celebrándose varios talleres para facilitarles información a los vendedores ambulantes y ayudar-

les a adoptar mejores prácticas de manipulación de los alimentos.

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. El Consejo de Alimentación y Nutrición de Granada es un organismo público administrado por una junta de dirección intersectorial que responde ante el Ministro de Agricultura. El Consejo trabaja en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud a fin de aplicar programas conjuntos y realizar investigaciones en los distritos y hospitales.

En Granada no hay una vigilancia activa para determinar la prevalencia de la deficiencia de yodo o de vitamina A.

En 1996 el Consejo puso en marcha un proyecto para supervisar la anemia ferropénica en la población. El proyecto elaborará un protocolo para el tratamiento de la anemia e investigará las causas de su elevada prevalencia en diferentes segmentos de la población. Según resultados preliminares, 30% de las mujeres embarazadas que entre abril y septiembre de 1996 asistieron a dispensarios de atención prenatal por primera vez durante su embarazo tenían niveles de hemoglobina inferiores a 10 g/dl; en la parroquia rural de St. Andrew la proporción fue de 34%. Del total de 626 niños de menos de 1 año de edad que fueron sometidos a reconocimiento, 55% mostró concentraciones de hemoglobina inferiores a 11g/dl, lo que indica que la anemia ferropénica en los niños de este grupo de edad es un problema en toda la isla. De los 2.667 niños de 4 a 5 años de edad que fueron examinados, 39% tenían concentraciones de hemoglobina inferiores a 11g/dl.

El personal del programa de salud materno-infantil controla los niveles de hemoglobina en los lactantes para estimar la incidencia de la anemia en dicha población. En 1995 y 1996 se perfeccionó el programa para que cada centro de salud pueda realizar el examen. De los 2.680 lactantes que realizaron su primera visita a un servicio de salud materno-infantil en 1996, 629 (23,5%) tenían niveles de hemoglobina inferiores a 11g/dl.

Este examen para determinar la deficiencia de hierro será ampliado para cubrir otros grupos de edad, y los datos se utilizarán junto con los de otros ministerios para vigilar la prevalencia de la anemia ferropénica.

Fue difícil obtener una imagen exacta de la situación nutricional del país, ya que la información sobre la producción y consumo local de alimentos era limitada.

Trastornos del comportamiento. Desde su establecimiento en 1986, el Comité Nacional de Lucha contra las Drogas se ha esforzado por "formular políticas y fiscalizar la aplicación de programas de acción encaminados a reducir la demanda de drogas y de alcohol". Se ha formulado un plan nacional general para el período 1997-2001; en él se evalúa el problema de las drogas en el país, se propone una estrategia

para resolverlo y se describen las actividades que deben realizarse, los recursos necesarios y las personas encargadas de las diversas partes del plan.

El Comité ha compilado datos sobre el abuso de drogas, en colaboración con la policía, las autoridades penitenciarias y el Ministerio de Salud. Este ha facilitado información sobre la Carlton House, centro de rehabilitación de personas con problemas de abuso de sustancias, y sobre Rathdune, la unidad del Hospital General para casos psiquiátricos agudos.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La política de salud de Granada tiene como objetivo velar por que todos los habitantes tengan acceso a servicios de salud de calidad. El Gobierno ha adoptado la atención primaria de salud como estrategia principal para mejorar el estado de salud de la población y lograr la meta de salud para todos en el año 2000; ha adoptado también las metas y objetivos establecidos en la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe como prioridades para sus servicios de salud.

Al considerar las causas de morbilidad y mortalidad, el país ha experimentado una transición epidemiológica como consecuencia de la cual se les está dando mayor prioridad a las enfermedades crónicas que a las transmisibles. Este cambio está planteando mayores exigencias a los limitados recursos del sector salud; pero, a pesar de ello, todos los habitantes de Granada tienen acceso a los servicios de salud pública independientemente de su capacidad de pago.

El Gobierno está descentralizando los servicios de salud y colocándolos bajo la gestión de una junta directiva establecida por ley. Como resultado del esfuerzo por introducir un programa nacional de seguro de salud, se está examinando también el financiamiento de los servicios de salud. El programa de seguro ofrecería un sistema equitativo para incorporar nuevos recursos en el sector salud, contribuir a mejorar la calidad de la asistencia y ayudar a reducir la dependencia del Gobierno central para el financiamiento del sector. La propuesta para aplicar el programa de seguro de salud está siendo objeto de examen a fin de asegurar que responda a las necesidades del país y que tanto los proveedores de servicios de salud como el público lo entiendan plenamente.

La evaluación de las necesidades comunitarias en materia de salud de 1997, a cargo del Ministerio de Salud en colaboración con la Oficina Central de Estadísticas del Ministerio de Hacienda, servirá de base para preparar un plan nacional de salud para 1998–2000. Este plan, que se formulará con un enfoque intersectorial basado en un amplio proceso de consulta

pública, trazará el rumbo del sector salud. Se identificarán proyectos encaminados a reforzar los programas de salud y a garantizar el desarrollo ordenado del sector. Una de las primeras cuestiones que deberán abordarse para preparar el plan es la estructura orgánica del Ministerio, ya que ella repercutirá en el sistema general de gestión. Además, las estrategias tratarán de establecer un entorno en el que los trabajadores de salud logren la mayor productividad posible, con el fin de facilitar el desarrollo de la infraestructura y mejorar la calidad del servicio ofrecido a la población. Se recopilará información más completa sobre la población de cada distrito de salud, a fin de tener una visión más clara de su perfil de salud. Finalmente, se identificará a las personas indigentes que no pueden pagar los servicios de salud y se establecerán disposiciones especiales para que también ellas tengan acceso a estos.

Como se considera que todo trabajador de la salud es un educador en la materia, se prevé una mayor capacitación del personal y la organización de las actividades para llegar eficazmente a la comunidad. El programa de salud escolar recibirá especial atención, ya que representa una de las mejores maneras de llegar efectivamente a los jóvenes del país y de ayudarles a mejorar sus modos de vida.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

Granada está dividida en siete distritos de salud. Seis de los distritos tienen un centro de salud, que es el principal centro de atención primaria, y otros 30 puestos sanitarios distribuidos en todo el país son generalmente el primer punto de contacto dentro del sistema de salud. Todas las instalaciones son de fácil acceso para la población en su conjunto, y la mayor parte de ellas se encuentran en condiciones materiales aceptables.

Los servicios comunitarios de salud funcionan como la primera línea de prestación de servicios de salud que ofrece el Ministerio. Cada distrito de salud está asignado a un Oficial Médico de Distrito; varias categorías de enfermeras, incluidas las enfermeras de atención directa a la familia, las de salud pública, las de distrito y las auxiliares de salud comunitarias; dentistas y personal auxiliar de odontología; farmacéuticos, y funcionarios de salud ambiental.

La atención secundaria se provee a través de una red de hospitales. Los centros de atención para pacientes con afecciones agudas dentro del sector público son el Hospital General de St. George, con 240 camas, y dos hospitales rurales: el Princess Alice, con 60 camas, y el Princess Royal, con 40. El Hospital General se encuentra en estado de notable abandono, y el Gobierno tiene intención de restaurarlo; se ha co-

menzado a preparar el diseño y se está tratando de obtener financiamiento para el proyecto.

Dentro del Hospital General hay una unidad de 20 camas para pacientes con afecciones agudas, que sirve como punto de entrada para quienes buscan atención y apoyo psiquiátrico. Hay también un hospital psiquiátrico de 80 camas (Mt. Gay) que se ocupa de los pacientes crónicos, y un servicio geriátrico con 120 camas. Las tasas de ocupación generalmente son superiores a 100% en ambos casos. En el Carlton House se ofrece apoyo y asistencia a los pacientes toxicómanos.

Como parte de su estudio sobre la racionalización de los servicios de salud, el Ministerio analizará los niveles de utilización con el fin de determinar si sería mejor tener menos instalaciones, pero mejor equipadas y mejor dotadas de personal. El estudio recomendará también un calendario de mantenimiento para todas las instalaciones teniendo en cuenta su estado actual y previsiones realistas sobre los recursos financieros.

La organización básica del sector salud no ha sufrido cambios en los últimos años. La mayor parte de los jefes de programa se encuentran en la sede del Ministerio de Salud, y lo mismo ocurre con el personal administrativo, de planificación, de promoción de la salud y de presupuesto y gastos.

En 1992 los presupuestos para los servicios sanitarios de Carriacou y Petit Martinique se unieron en un solo programa, lo que ha dado lugar a una mejor supervisión de los recursos y a una mayor integración de la gestión y prestación de los servicios en las dos islas hermanas. En 1996 se nombró un administrador para el programa conjunto.

Entre 1992 y 1996 hubo cuatro ministros de salud, cinco oficiales médicos principales, cinco secretarios permanentes y tres oficiales médicos. Esta renovación del personal del Ministerio ha roto la continuidad y, a su vez, ha dificultado la gestión global del sector. Con el fin de lograr su objetivo, el Ministerio de Salud ha recurrido frecuentemente a los jefes de departamento para preparar y ejecutar los planes y presupuestos de los programas.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

Una Junta Médica, presidida por el Oficial Médico Principal, se encarga de conceder las licencias para la práctica de la medicina en Granada. Las enfermeras deben inscribirse en el Consejo de Enfermeras. Una vez concedidas, las licencias médicas deben renovarse cada año, y los médicos deben continuar actualizando sus conocimientos y demostrar que reúnen las condiciones físicas para seguir ejerciendo la profesión. Un consejo de farmacia supervisa la importación y distribución de productos farmacéuticos tanto en el sector público como en el privado y elabora el registro anual de farmacéuticos y de farmacias.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud y participación de la comunidad. El Ministerio de Salud considera la promoción de la salud como uno de sus principales medios para mejorar la situación sanitaria general de la población. El departamento de educación para la salud, unidad adscrita al ministerio, trabaja desde hace tiempo para mejorar las relaciones del sector salud con otros sectores. Se han celebrado varios seminarios para trabajadores de la salud, docentes, dirigentes religiosos y comunitarios y miembros de organizaciones no gubernamentales, destinados a asegurar que cada trabajador de la salud sepa que, a la vez, es un educador en salud y demuestre su compromiso con un enfoque de la promoción de la salud de carácter intersectorial y comunitario.

El Departamento de Educación para la Salud hace intervenir a la comunidad en la planificación de las actividades, incluida la participación en la evaluación de las necesidades de salud, la organización de ferias de salud comunitaria y la asistencia a debates sobre el sida y las enfermedades crónicas. Para ayudar a impartir educación sobre la salud y la vida familiar en las escuelas, el Ministerio de Educación está preparando un programa de estudios sobre educación en salud.

Hasta ahora, la comunidad ha participado solo en forma mínima en la planificación y realización de actividades de salud de alcance nacional, y su intervención varía considerablemente de unos distritos a otros. No obstante, el Ministerio requerirá la intervención de la comunidad para formular y aplicar programas de salud, dentro del programa de atención primaria de salud que se planea revitalizar.

Varias organizaciones no gubernamentales participan en programas de promoción de la salud en la comunidad. Por ejemplo, la Asociación de Planificación Familiar de Granada ha puesto en marcha un programa de ayuda a los jóvenes a través del cual sus asesores visitan las escuelas y grupos comunitarios para hablar de cuestiones relacionadas con la educación sexual y la vida familiar. Tres veces al año organizan también un programa de 15 semanas destinado a adolescentes y escolares que han abandonado los estudios, en el que se les enseña a valer por sí mismos y se les ayuda con las actividades académicas.

Además, la promoción de la salud continúa siendo el mecanismo principal utilizado para fomentar cambios en el modo de vida a fin de evitar problemas de salud, sobre todo en lo que se refiere a mejorar la dieta y a practicar más ejercicio. Agrupaciones públicas y privadas participarán de lleno en la planificación de programas dirigidos específicamente a modificar los modos de vida.

La diabetes y la hipertensión, ambas prevalentes en el país, son afecciones que aparecen relacionadas con el modo de

vida personal. El Departamento de Educación del Ministerio de Salud ha hecho hincapié en programas que facilitan información sobre estas enfermedades crónicas, en particular los que pueden lograr cambios positivos en los modos de vida. Este Departamento utiliza también programas radiofónicos, foros comunitarios, ferias de salud y programas escolares como componentes de su actividad.

Se ha preparado un programa de estudio sobre educación para la vida familiar destinado a las escuelas secundarias, aunque no todas ellas lo han puesto en marcha. La enseñanza del programa está sujeta a la discreción del director de la escuela o del personal docente, y muchos padres se oponen firmemente a que sus hijos reciban "educación sexual".

El Ministerio trabaja también en estrecho contacto con las organizaciones no gubernamentales en programas encaminados a influir en el comportamiento de la sociedad. Por ejemplo, la Asociación de Planificación Familiar de Granada, cuyo objetivo principal es ofrecer servicios de planificación familiar, tiene también un centro juvenil que cuenta con una enfermera, que atiende consultas, y un funcionario encargado de asuntos de la juventud, que realiza programas de divulgación en las escuelas y comunidades y tiene un programa radiofónico semanal. Ellos también brindan capacitación en diversas especialidades para ayudar a los jóvenes con problemas de aprendizaje y a los desertores escolares.

Sistemas de información. Los sistemas de información de datos sobre salud pública no funcionan debidamente. En consecuencia, desde 1992 a 1994 se realizaron esfuerzos en colaboración con la OPS para reforzar las áreas de enfermedades transmisibles, vigilancia nutricional y salud ambiental. Como la información del sector privado es limitada, el análisis de la situación de salud puede estar distorsionado en algunas áreas importantes.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Algunos especialistas atienden consultas clínicas de pediatría, garganta, nariz y oídos, y salud mental en los distritos. El Oficial Médico de Distrito envía a las personas que solicitan atención en otras especialidades al Hospital General, pero se producen largas esperas para recibir los servicios. El envío al Hospital General se efectúa también a través del Departamento de Urgencias y Accidentes. No hay un sistema establecido de seguimiento para informar al equipo médico de distrito cuándo un paciente dado de alta regresa a la comunidad, y este es un aspecto que deberá recibir también atención prioritaria en el futuro.

Insumos para la salud

Granada obtiene la mayor parte de sus productos farmacéuticos y suministros médicos a través del programa subregional administrado por el Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental. El ciclo de adquisición permite el examen anual y la revisión periódica de las normas regionales, y garantiza la disponibilidad de los medicamentos esenciales en forma oportuna. Las personas que están sometidas a la atención de un médico pueden obtener medicamentos de una farmacia pública con un costo mucho más bajo, y los pacientes que no disponen de medios pueden ser eximidos del pago a petición del médico.

Hay farmacéuticos que distribuyen medicamentos en los consultorios médicos, pero algunas veces es necesario remitir al paciente al dispensario principal de la capital o al sector privado.

Recursos humanos

En 1996 había 50 médicos empleados en el sector público de salud, y la mayor parte de ellos trabajaban también en el sector privado. Diez eran Oficiales Médicos de Distrito, que realizan visitas a nivel comunitario. Hay 36 médicos que trabajan ante todo en un contexto hospitalario, 16 de los cuales son especialistas y el resto tienen cargos subalternos. Quince médicos trabajan exclusivamente en el sector privado, la mayor parte de ellos como médicos generales. Hay 6 médicos por cada 10.000 personas.

Existen varias categorías de personal de enfermería que trabaja en el sistema público de salud: 173 enfermeras y parteras trabajan en los tres hospitales; 50 trabajan a nivel de distrito, entre ellas las enfermeras de salud pública, las enfermeras de atención directa a la familia y las enfermeras de distrito; y 9 trabajan en establecimientos de salud mental y en geriátricos. Hay 24 enfermeras por cada 10.000 habitantes.

La legislación que otorga a las enfermeras de atención directa a la familia la autoridad para prescribir medicamentos de conformidad con su capacitación todavía no se ha promulgado, lo que constituye una fuente de frustración para estas trabajadoras de salud. El Ministerio de Salud está revisando el proyecto de legislación.

El sector público emplea 26 farmacéuticos, la mayoría en la comunidad, en la división de adquisiciones y en los hospitales. Hay 18 farmacias privadas con 21 farmacéuticos. Granada tiene 4,8 farmacéuticos por 10.000 habitantes. Se está examinando la posibilidad de transferir la escuela de farmacia del Ministerio de Salud al Ministerio de Educación, pero hasta 1997 el Ministerio de Salud retuvo ciertas responsabilidades administrativas. Esta escuela prepara a los farmacéuticos para los sectores público y privado a través de un programa

de tres años; entre 1992 y 1995, 13 farmacéuticos terminaron este programa.

En el sector público están empleados siete odontólogos, pero todos ellos tienen también consultas privadas; otros siete trabajan exclusivamente en el sector privado. El país cuenta con 1,4 dentistas por 10.000 habitantes. Cinco auxiliares de odontología trabajan en el sector público, sobre todo para atender a la población escolar.

En 1996 el Ministerio de Salud implantó un sistema de evaluación del rendimiento. Además, elaboró un programa de capacitación orientado al personal que trabaja en áreas prioritarias de todos los niveles del sistema. Entre los temas de capacitación figuran la administración, las relaciones entre la dimensión pública y la interpersonal, y la promoción de una mejor comprensión del servicio público.

La Escuela Universitaria de Medicina de St. George ofrece becas anuales a los ciudadanos de Granada, pero la mayor parte de sus alumnos son extranjeros. En 1997 Granada era uno de los cuatro países cuyas escuelas de medicina reunían los criterios exigidos para participar en el Programa Federal de los Estados Unidos de América de Préstamos Familiares para la Educación. En 1996 esta escuela agregó la Facultad de Artes y Ciencias, que ofrece capacitación universitaria en varias disciplinas, entre ellas farmacia, enfermería y asistencia médica.

Investigación y tecnología

En 1994 se creó la Fundación de Investigación y Educación de las Islas de Barlovento, que fue registrada en Granada en noviembre de 1996 como organización sin fines de lucro. Los programas de la Fundación, basados en la colaboración con científicos de institutos locales e internacionales, tienen como finalidad realizar proyectos de investigación sobre la epidemiología y la lucha contra las enfermedades transmisibles, en particular las zoonosis, las enfermedades no transmisibles, y los sistemas de salud y la ecología orientada a la preservación de los recursos naturales.

Gasto y financiamiento sectorial

Habitualmente el sector salud recibe más del 12% del presupuesto público anual ordinario y, según las estimaciones, el gasto ordinario en salud pública representó aproximadamente 4,5% del PIB durante el período 1992–1996. El hospital principal realizó 40% de todos los gastos en salud, mientras que los servicios de salud correspondientes a los distritos (incluidos los servicios de salud comunitaria, la higiene del medio y los programas odontológicos departamentales) representaron aproximadamente 26%. Los sueldos y salarios de

este sector constituyeron aproximadamente 70% de los gastos en salud en concepto de recursos humanos.

El Ministerio de Salud prepara presupuestos anuales sobre los gastos ordinarios y los gastos de capital, coordinados por el oficial de finanzas y el oficial de planificación, respectivamente. Cada jefe de programa debe justificar exhaustivamente las peticiones presupuestarias y describir los resultados previstos, y el personal de todos los niveles participa en el proceso presupuestario. Como el Gobierno utiliza un sistema de partidas para estimar su presupuesto, es difícil supervisar y calcular el costo de las diversas actividades realizadas. El Ministerio tiene intención de continuar comprometiendo a los jefes de departamento a participar muy activamente en el proceso de planificación y estimación presupuestaria, y hacer lo posible por utilizar esta estimación como instrumento de gestión. Por lo común las asignaciones financieras del Ministerio de Hacienda son inferiores a la petición original del Ministerio de Salud, obstáculo que normalmente se traduce en reducciones presupuestarias en sectores como los de mantenimiento y compras.

El sector salud de Granada está insuficientemente financiado, ya que la demanda de recursos por parte de la población crece con mayor rapidez que los recursos disponibles para el sector. Ello se pone de manifiesto en la necesidad de fondos para la reconstrucción del Hospital General, la insuficiencia de fondos para el mantenimiento de otros centros de salud, y la incapacidad de pagar debidamente al personal de salud, especialmente a los médicos. El Gobierno está examinando el financiamiento del sector salud. Con el fin de impulsar las reformas, deberá elaborarse un modelo financiero en el que se pongan de manifiesto las fuentes de financiamiento disponibles y el efecto de los nuevos fondos generados por el programa de seguro de salud propuesto. Este proceso requerirá debates de fondo con el Ministerio de Hacienda para determinar los cambios necesarios en la asignación de recursos con destino a este sector. Un obstáculo importante para la realización de una reforma financiera del sector salud es la falta de información sobre la cuantía de los gastos en salud del sector privado, que ha crecido en lo que se refiere al número de médicos, de farmacias y de pequeños hospitales.

Cooperación técnica y financiera externa

La mayor parte de la asistencia internacional ofrecida a Granada, excluidos los proyectos de inversión, se incluye como componente del presupuesto del Ministerio de Salud. No obstante, durante 1994–1996 parte de la asistencia enviada al Ministerio no se reflejó en el componente de gastos totales. Por ejemplo, Granada participó en un proyecto de políticas, planificación y gestión de la atención de salud financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el

Desarrollo Internacional, que facilitó el diálogo entre funcionarios de los Ministerios de Salud y Hacienda y las instituciones sociales en los Estados miembros de la Organización de Estados del Caribe Oriental. Además, el personal médico de varias organizaciones y grupos de los Estados

Unidos y el Canadá ha colaborado con el personal local para prestar atención médica, y varios equipos de personal militar de los Estados Unidos han ayudado en la remodelación de instalaciones médicas y en la prestación de servicios médicos y odontológicos.

GUATEMALA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La República de Guatemala tiene una extensión de 108,889 km² y limita al norte y noroeste con México, al este con Honduras y El Salvador, al noreste con Belice y al sur con el Océano Pacífico. Está dividida política y administrativamente en 330 municipios, distribuidos en 22 departamentos y estos a su vez en 8 regiones. La población se estimó en 1995 en 9,98 millones de habitantes. El crecimiento demográfico anual es de 2,8%. Un 65% de la población vive en zonas rurales en las que 80% de los núcleos habitados tienen menos de 500 habitantes.

Durante la presente década Guatemala ha recuperado lentamente el ritmo de crecimiento económico. Entre 1990 y 1996 el crecimiento del producto interno bruto (PIB), ajustado respecto de la inflación, ha sido de entre 3% y 5%, mientras que el PIB per cápita creció entre 0,1% y 1,9%. En 1994, el producto nacional bruto (PNB) fue de US\$ 1.190 por habitante.

El desempleo total se ha mantenido en torno a 37%. El desempleo abierto, que fue de 6,5% en 1990, disminuyó a 2,5% en 1993 y subió a 5% en 1996. La inflación experimentó una reducción sensible en el período 1990–1996, en el que la variación anual del índice de precios al consumidor pasó de cerca de 60% a oscilar entre 8% y 14%.

La política fiscal mantuvo el control sobre el déficit del sector público, que en 1990 fue 4% del PIB y en 1996 solo 1,2%. Esta reducción se debió más a la austeridad en el gasto que al crecimiento de la recaudación tributaria, a pesar de las reformas en este terreno que incluyeron el incremento del impuesto sobre valor añadido de 7% a 10%. Los indicadores macroeconómicos favorables no se tradujeron sin embargo en la reducción de la pobreza, en la que viven tres de cada cuatro guatemaltecos.

Según datos de 1989, la proporción de población que vive en condiciones de pobreza fue de 75% a nivel nacional, con

58% de extrema pobreza. Tanto la pobreza como la extrema pobreza son más frecuentes en las zonas rurales y en la población indígena, de la que 93% vivía en 1989 en condiciones de pobreza y 91% en extrema pobreza. En la población no indígena las proporciones correspondientes eran solo 66% y 45%.

En 1994 la tasa de alfabetización fue de 71% en hombres y de 57% en mujeres, con una tasa general a nivel nacional de 64%. La tasa bruta de matrícula primaria fue de 79% en 1991, 83% en 1992 y 85% en 1995.

Las regiones norte, noroccidental y suroccidental tienen un desarrollo relativo menor que el resto del país. En esas regiones viven casi la mitad de los habitantes, especialmente indígenas. En la capital del país vive 22% de la población.

La tasa de natalidad fue de 37,3 por 1.000 habitantes en 1995 y la tasa global de fecundidad 5,1 hijos por mujer (6,2 en las zonas rurales y 3,8 en las urbanas). La tasa de fecundidad de la población indígena se ha mantenido estable entre 1986 y 1995, mientras que en el grupo no indígena se observó una disminución de 5,0 hijos por mujer en 1987 a 4,3 en 1995. En 1994 el subregistro de la natalidad se estimó en 3%.

La esperanza de vida al nacer que en 1992 era de 62,4 años para los varones y 67,3 años para las mujeres, en 1995 fue de 64,7 para los varones, 69,8 para las mujeres y 67,1 para el conjunto de la población. En 1995 las mujeres representaban 49,5% de la población y las mujeres en edad fértil, 22%. La población guatemalteca es muy joven: 45% son menores de 15 años y solo 3% son mayores de 60.

Los indígenas representan 43% de la población del país y están distribuidos en más de 21 grupos lingüísticos. Al grupo lingüístico quiché pertenece 29% de la población indígena, 25% pertenece al kakchiquel, 14% al kekchí, 4% al mam, 24% al pocomchi, pocomam y tzutuhil, y 4% hablan otras lenguas. Cerca de 32% de la población indígena habla únicamente alguna lengua maya.

Desde 1987, época en la que comenzó el proceso de repatriación de manera individual y voluntaria, se intensificó el

regreso de poblaciones guatemaltecas establecidas durante años en países vecinos, principalmente México. Se estima que entre 1993 y 1995 retornaron unas 20.000 personas y en 1996, con motivo de la firma de los Acuerdos de Paz, el retorno se hizo más fluido. Los que regresan en general se establecen en zonas selváticas, inaccesibles, sin servicios básicos y en muy precarias condiciones de vida.

Mortalidad

En 1995 la tasa bruta de mortalidad fue de 7,4 por 1.000 habitantes. En el período 1985–1995 la mortalidad infantil fue de 51,0 por 1.000 nacidos vivos (mortalidad neonatal, 26 por 1.000; mortalidad posneonatal, 25,0 por 1.000).

En 1994 se registraron 65.535 defunciones, lo que supone una tasa bruta de mortalidad de 6,8 por 1.000 habitantes. Del total de defunciones, 27,3% correspondieron a menores de 1 año; 3,9% al grupo de 1 a 4 años; 2,7% al de 5 a 14; 21,8% al de 15 a 59; y 36%, al de 60 años o más.

Del total de defunciones registradas en 1994, 58% ocurrieron en hombres y 42% en mujeres; 24% se produjeron en hospitales, 66% en domicilios, 8% en la vía pública y 2% en sanatorios. Las causas principales de muerte fueron la neumonía y la influenza (16,5%), las afecciones originadas en el período perinatal (13,8%), las enfermedades infecciosas intestinales (8,9%) y las deficiencias de la nutrición (5,7%). Las enfermedades infecciosas, las carenciales y las afecciones relacionadas con el embarazo y el parto explican aproximadamente 45% de las defunciones.

En 1994, 57% de las defunciones fueron notificadas o registradas por médicos, 28% por otro personal de salud y 10% por personal ajeno al sector salud. Se desconoce quién certificó 4,5% de las muertes. Se estima que en 1993 hubo un subregistro de mortalidad de 2,8%.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

En 1994 la tasa de mortalidad perinatal fue de 14,2 por 1.000 nacidos vivos. En 1994 se registraron 17.907 defunciones en menores de 1 año (27,3% del total de defunciones). La mortalidad infantil fue de 48,3 por 1.000 nacidos vivos y sus principales causas fueron las afecciones del período perinatal (50,5%), la neumonía (17,0%), las infecciones intestinales (8,8%) y la desnutrición (2,3%). El porcentaje de neonatos con bajo peso (menos de 2.500 g.) fue en 1993 de 7,8%. El amamantamiento exclusivo se mantuvo hasta los 4 meses de

edad en 50,5% de los lactantes y hasta los 6 meses en 32% en 1995.

En 1995 la tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años fue de 2,3 por 1.000. Las principales causas de mortalidad en este grupo, según datos de 1994, fueron la neumonía (26%), las infecciones intestinales (24,3%) y las deficiencias nutricionales (10,0%).

La salud del adolescente

En 1994, en una población estimada de 2,4 millones de adolescentes de 10 a 19 años se registraron 2.148 muertes, lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 88 por 100.000. El primer lugar como motivo de defunción en este grupo lo ocuparon las llamadas causas externas, con una tasa de 20,4 por 100.000. Entre estas causas externas las muertes por arma de fuego son la causa principal (8,9 por 100.000). La bronconeumonía (7,0 por 100.000) y las infecciones intestinales (4,6 por 100.000) ocuparon los lugares siguientes. En este grupo de edad la mortalidad fue mucho más frecuente en el sexo masculino (60,5% de las muertes, frente a 39,5 en mujeres, con tasas de 104,6 y de 70,8 por 100.000, respectivamente). Las causas de muerte más frecuentes en adolescentes varones fueron las lesiones por armas de fuego y otros tipos de lesiones, mientras que en las adolescentes las causas más frecuentes fueron la bronconeumonía y las infecciones intestinales.

Según una investigación realizada por la organización Childhope en 1990, en Guatemala pueden diferenciarse dos clases de “niños callejeros”, los que trabajan en la calle y los que viven en la calle. Para el primer grupo la calle es el ambiente de trabajo, pero mantienen una relación más o menos permanente con su hogar. En cambio, los que viven en la calle han roto los vínculos con la familia y la calle es su medio de sustento y su ambiente de socialización y de vida. Ambos grupos comparten la misma estrategia para conseguir ingresos: actividades no necesariamente laborales, que para el primer grupo son una forma de trabajo y para el segundo, el medio de supervivencia. Los menores realizan su actividad en lugares de convergencia de clientes potenciales (mercados, arterias e intersecciones, parques, centros comerciales y lugares de vida nocturna, generalmente de prostitución), donde compiten con adultos y otros menores por obtener un espacio vital. La investigación de Childhope realizó un recuento de menores que viven en la calle entre mayo y septiembre de 1990, y encontró unos 500 de los cuales 63% eran varones y 37% mujeres, de entre 4 y 17 años. La mayor proporción de niños varones encontrados se puede explicar, en parte, por el porcentaje importante de niñas objeto de explotación sexual en lugares cerrados.

La salud del adulto

En el grupo de edad de 20 a 24 años la tasa de mortalidad fue de 177 por 100.000 en 1994. Las principales causas de muerte fueron las externas, entre ellas las lesiones por armas de fuego, seguidas por otras lesiones y las muertes no intencionales y los ataques con armas incisocortantes (cada una de estas categorías con una tasa de 30,7, 23,3 y 8,4 por 100.000, respectivamente). La bronconeumonía ocupó el lugar siguiente (7,4 por 100.000). Del total de muertes en este grupo de edad, 72% ocurrieron en varones, en los cuales la causa más frecuente fueron las lesiones, por arma de fuego y por otros medios. En mujeres las principales causas de muerte fueron la bronconeumonía y las infecciones intestinales.

Según una estimación de los años potenciales de vida perdidos (APVP) en 1994 en el grupo de adolescentes y adultos jóvenes (10 a 24 años), si se evitaran las muertes debidas a causas violentas se lograría una reducción de APVP de 21% en el grupo de 10 a 14 años, de 50% en el grupo de 15 a 19 años y de 49% en el grupo de 20 a 24 años.

En el período 1990–1995 la tasa de mortalidad materna fue de 190 por 100.000 nacidos vivos. La estimación se basa en datos de la segunda Encuesta Nacional de Salud Materno-infantil 1995, que utilizó el método de las hermanas para recolectar la información. El último año disponible del que se posee información rutinaria es 1994, cuando se registró una mortalidad materna de 96 por 100.000. Se estima que el subregistro puede ser aproximadamente de 60%. Las cinco principales causas de mortalidad materna fueron las complicaciones del parto (30%), la retención de la placenta (14%), la sepsis puerperal (11%), la eclampsia (11%) y el aborto (7%).

El porcentaje de embarazadas que recibió atención prenatal de personal capacitado pasó de 34% en 1992 a 54% en 1995, año en el que 45% de los controles prenatales fueron realizados por médicos, 8% por enfermeras y 26% por comadronas. En el grupo de mujeres indígenas y en las áreas rurales fue mucho más frecuente la atención prenatal a cargo de comadronas y enfermeras. Los médicos atendieron mucho más a las embarazadas no indígenas y de zonas urbanas.

La cobertura de atención del parto por personal capacitado fue de 37,8% a nivel nacional (médicos 34,1% y enfermeras 3,7%). Igual que en la atención prenatal, la asistencia del parto por médicos fue mucho más frecuente en zonas urbanas (60% de los partos) que en zonas rurales (18%). En cambio las comadronas atendieron 53% de los partos rurales y solamente 31% de los urbanos.

El porcentaje de mujeres embarazadas que recibió por lo menos una dosis de toxoide tetánico durante su embarazo fue de 55% a nivel nacional (49% en las embarazadas indígenas y 60% en las no indígenas).

En 1995 se estimó que del total de mujeres en edad fértil 5% recurren a métodos anticonceptivos tradicionales y 26% a

métodos modernos como esterilización femenina (14,5%), píldoras anticonceptivas (3,5%), dispositivos intrauterinos (2,4%), inyecciones hormonales (2,3%), condón (2,2%) o esterilización masculina (1,5%). Se estima que, actualmente, del total de mujeres que mantienen convivencia sexual, 69% no utilizan ningún método anticonceptivo. Dentro del grupo indígena solamente 9,6% de las mujeres utiliza algún método de planificación familiar. En el grupo no indígena, 43,3% de las mujeres utiliza algún método.

Cerca de un millón de personas se trasladan cada año del altiplano a las grandes fincas de la costa sur para buscar trabajo. La movilización anual de esta enorme cantidad de personas representa un obstáculo para organizar la atención preventiva o curativa.

Según un estudio realizado en 1996 en una muestra de esta población migratoria, 80% de los emigrantes tienen menos de 40 años, 98% son varones y 75% indígenas. Una gran mayoría (85%) permanecen de noviembre a abril del siguiente año en las fincas en las que les dan trabajo, cortando caña o recolectando café y algodón. Solo 30% dicen ganar lo suficiente para mantener su hogar. Los trastornos de salud referidos en 80% de los casos son infecciones respiratorias agudas, malaria, fiebre, enfermedades diarreicas, cefalea, dengue y calambres.

Según el censo de 1994, 0,7% de la población guatemalteca presenta algún tipo de discapacidad, física en 60% de los casos, sensorial en 36% y mental en 3,1%. Por sexos, 58% de los discapacitados son varones y 42% mujeres.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. El área malarica abarca 80% del territorio nacional (20 de los 22 departamentos). En 1994 la malaria generó 21.996 casos registrados y 90 defunciones. En 1995 se registraron 23.608 casos y 108 defunciones. En 1996 se registraron 21.556 casos de malaria clínica, 7.795 de ellos confirmados. La incidencia parasitaria anual en el área endémica fue de 2,4 por 1.000. De los casos confirmados en 1996, 86% correspondieron a *Plasmodium vivax* y 0,7% a *Plasmodium falciparum*.

En 1994 se registraron 2.384 casos de dengue clásico y, en 1995, 3.886. En 1995 se registró un caso de dengue hemorrágico en Escuintla. En 1996 se registraron 3.704 casos de dengue clásico y 19 casos de dengue hemorrágico, sin ninguna defunción. Ese año, el Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social (IGSS) notificó 500 casos de dengue clásico.

Enfermedades inmunoprevenibles. Durante 1994 se registraron 68 casos de sarampión y 34 muertes por esta causa,

de las cuales 28 fueron en menores de 5 años. En 1995 se registraron 64 casos y en 1996 se confirmó un caso. En 1994 se registraron 74 casos de tos ferina, con 73 defunciones. En 1995 se registraron 62 casos y en 1996, 66. De difteria no se registró ningún caso en 1994 y hubo 2 casos en 1995. De tétanos neonatal se registraron 18 casos en 1994 —con 7 defunciones—, 8 casos en 1995 y 12 en 1996. No se registran casos de poliomielitis paralítica por virus salvaje desde 1990. El Programa Ampliado de Inmunización se estableció en el país en 1982. En 1996, la cobertura de vacunación de menores de 1 año fue de 73% para las tres dosis de vacuna antipoliomielítica oral, 73% para las tres dosis de DPT, 70% para antisarampionosa, 77% para BCG y 8% para toxoide tetánico en mujeres en edad fértil.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. En 1994 se registraron 84.932 casos de enfermedad diarreica aguda, con 5.842 muertes por esa causa. En 1995 hubo 83.643 casos y 6.784 defunciones. La disminución a partir de 1992, año en el que se registraron 99.737 casos, se puede deber a las medidas de prevención y a las inversiones en recursos para el aumento de la cobertura y vigilancia de la calidad del agua que se iniciaron en 1991, a raíz de la epidemia de cólera.

El parasitismo intestinal ocupa uno de los primeros lugares como causa de morbilidad a nivel nacional. En 1994 se registraron 154.911 casos —con una tasa de 15,1 por 1.000 habitantes— y 442 defunciones atribuidas a esta causa. No hay datos que permitan discriminar entre las diferentes causas de parasitismo.

En 1994 se registraron 16.779 casos de cólera, que en 1995 fueron 8.280 y en 1996, 1.572 (106 confirmados). Las tasas de letalidad respectivas fueron 0,9%, 1,2% y 0,9%. El departamento que presentó la tasa de morbilidad más elevada en 1995 fue El Progreso, con 276 casos por 100.000.

Enfermedades crónicas transmisibles. En 1994 se registraron 3.365 casos de tuberculosis con una tasa de incidencia de 33 por 100.000. En 1995 la tasa se redujo a 17,3 por 100.000 y se registraron 523 defunciones. Los casos registrados de lepra desde 1991 hasta 1997 fueron 77, todos en pacientes adultos. Se diagnosticaron 66 casos multibacilares y 11 casos paucibacilares.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas siguen siendo una de las primeras causas de morbimortalidad en el país. En 1994 se registraron 138.550 casos y en 1995, 178.355 (lo que representa una incidencia de 18 por 1.000). En 1994 se registraron 10.846 defunciones causadas por neumonía e influenza, que constituyeron la primera causa de mortalidad general y la segunda causa de mortalidad hospitalaria ese año. La neumonía fue la segunda causa de mortalidad de menores de 1 año (17% de las defunciones), la primera en el grupo de 1 a 4 años (26% de las de-

funciones) y la primera causa de muerte en mujeres de 15 a 49 años (12% del total de muertes en el grupo).

Rabia y otras zoonosis. En 1994 se registraron 13 casos de rabia humana; en 1995, solo 9. En 1996 se reportaron unas 8.000 personas mordidas por animales sospechosos de rabia, fallecieron 8 personas y se notificaron 178 casos de rabia en animales. La sección de zoonosis desarrolló campañas de vacunación antirrábica a nivel nacional. No se cuenta con información referente a brucelosis, leptospirosis, teniasis-cisticercosis y encefalitis equina, enfermedades todas ellas existentes en el país.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Hasta el 30 de septiembre de 1996, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social había registrado un total de 1.371 casos de sida ocurridos en Guatemala desde 1984. En el total acumulado, los casos en varones triplican los casos en mujeres, que se han ido haciendo más frecuentes. La transmisión sexual es responsable de 93% de los casos, de estos 67% por transmisión heterosexual. Dados los serios problemas de notificación, es arriesgado estimar la incidencia y la mortalidad por sida en el país. La incidencia anual, según los datos disponibles, podría ser de 5 por 100.000. El tratamiento de los enfermos con sida es muy limitado y solo las personas de elevados ingresos pueden adquirir antivirales y medicamentos para las infecciones oportunistas. De estas, la más frecuente es la tuberculosis (30% de las infecciones oportunistas diagnosticadas).

Los casos de sífilis diagnosticados en 1994 fueron 308. No se cuenta con información sobre otras enfermedades de transmisión sexual.

Enfermedades transmitidas por alimentos. En 1994 se registraron 257.680 casos de enfermedades de transmisión alimentaria, con una morbilidad de 2.580 por 100.000 y una mortalidad de 25 por 100.000. En la mayoría de los casos se desconocen los agentes etiológicos y los alimentos involucrados.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. En 1994 la tasa de mortalidad por desnutrición a nivel nacional fue de 45 por 100.000. En el Programa de Escuelas Centinelas, que se inició en 1994, se detectó en la población de menores de 6 años déficit de talla para la edad en 64% de las niñas y 75% de los niños; de peso para la talla en 11% de las niñas y 17% de los niños, y de peso para la edad en 45% de las niñas y 54% de los niños. Según el mismo estudio, en 1994 padecían desnutrición 84% de las niñas y 83% de los niños menores de 9 años.

En la Encuesta Nacional de Micronutrientes de 1995 se utilizó la excreción de yodo urinario en mujeres y niños escolares para estudiar la posible carencia alimentaria de este micronutriente. Los resultados mostraron una buena situación, con un promedio de excreción de yodo de 211 µg/ml en las zonas rurales y 248 µg/ml en las urbanas (la excreción considerada normal es de 100 µg/ml).

En 1995 la prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil fue de 35,4%, en embarazadas, de 39,1% y en niños de 1 a 5 años, de 26,0%. La prevalencia de hipovitaminosis A en niños de 1 a 5 años se estimó en 15% a nivel nacional.

Tumores malignos. Durante 1994 se registraron 2.329 defunciones por tumores malignos (3,6% del total de defunciones). Los cánceres más frecuentes fueron los de origen gástrico (36%), hepatobiliar (36%) y broncopulmonar (10,5%). En las mujeres de 15 a 49 años los tumores malignos más frecuentes fueron los de cuello uterino (40%), estómago (27,5%), hígado (14,0%), mama (10,9%) y bronquios (3,7%). En los varones las cinco primeras localizaciones fueron estómago (41,3%), hígado (31,5%), bronquios y pulmones (10,5%), páncreas (6,9%) y próstata (3,5%). La tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en las mujeres mayores de 15 años fue en 1994 de 4,4 por 100.000.

Accidentes y violencia. En 1994 se registraron 1.720 muertes producidas por traumatismos, envenenamientos y otras lesiones y efectos no intencionales; 85% de estas defunciones correspondieron a hombres y 15% a mujeres. La tasa de mortalidad por lesiones causadas por vehículos de motor fue de 0,92 por 100.000.

En 1996, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) comunicó haber atendido un total de 37.676 accidentes, 85% accidentes comunes y 15% accidentes de trabajo. Los accidentes más comunes fueron en las empresas (67%), la vía pública (23%) y el hogar (9%).

La tasa estimada de mortalidad por homicidios en mayores de 15 años fue de 47 por 100.000 habitantes en 1994.

Salud oral. En 1991 el Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social estudió una muestra de 11.000 escolares de 2 a 18 años de 157 centros educativos seleccionados al azar. El índice promedio de dientes cariados, perdidos u obturados (CPO-D) fue de 7 y 80% de los escolares dijeron tener cepillo de dientes o similar.

Trastornos mentales y del comportamiento. No hay datos de morbilidad psiquiátrica a nivel nacional. Se estima que una cuarta parte de la población puede presentar trastornos de tipo emocional, proporción que podría ser hasta de 35% en las zonas de conflicto armado.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En 1994 se inició un proceso formal de negociaciones con el Acuerdo de Reiniciación de las Conversaciones de Paz. El Acuerdo de Paz fue suscrito el 29 de diciembre de 1996 por los representantes gubernamentales y de la guerrilla. Este nuevo contexto de paz obliga a una profunda modernización institucional del Estado para mejorar sustancialmente su nivel de eficiencia y capacidad de gestión, enfrentar el delicado problema de las finanzas públicas y la implementación eficaz de los programas sociales que sustenten la paz y el desarrollo económico.

Las políticas de salud se inscriben dentro del programa de modernización económica del Gobierno, que incluye reformas para aumentar los ingresos del Estado, controlar el déficit fiscal y aumentar el gasto en los sectores sociales. Un complemento importante de estas políticas ha sido la reforma de la asignación a los municipios. De la asignación que el Estado asigna a las municipalidades —8% del presupuesto nacional— por lo menos 90% debe destinarse a programas y proyectos de educación, salud preventiva, obras de infraestructura y servicios públicos que mejoren la calidad de vida.

En el Plan de Desarrollo Social 1996–2000 se revisaron y analizaron las metas y objetivos planteados en anteriores planes de desarrollo, incorporando los compromisos de las recientes cumbres presidenciales centroamericanas, particularmente en lo que se refiere al desarrollo sostenible y la integración social.

El Gobierno ha formulado las Políticas de Salud 1996–2000, que incorporan, orientan y apoyan los aspectos de la reforma y los compromisos de paz. Estas políticas incluyen siete aspectos: a) reordenamiento, integración y modernización del sector salud; b) aumento de las coberturas y mejoramiento de la calidad de atención de los servicios básicos de salud, con énfasis en la prevención y control de los problemas prioritarios; c) mejoramiento de la gestión hospitalaria; d) promoción de la salud y del ambiente saludable; e) aumento de la cobertura y mejoramiento de la calidad del agua para consumo humano y ampliación de la cobertura de saneamiento ambiental básico en las zonas rurales; f) participación y fiscalización social en la gestión pública de los servicios, y g) coordinación de la cooperación técnica internacional para que apoye la ejecución de las acciones prioritarias establecidas en las políticas de salud y en el proceso de reforma sectorial.

Dentro del marco de la reforma global del Estado se inserta un proceso de reforma del sector salud que tiene como propósito político la transformación integral del modelo de producción social de la salud. Sobre todo se intenta lograr una respuesta social organizada para que las intervenciones

sectoriales afecten las causas fundamentales de la enfermedad y no solo los daños causados a la salud.

La reforma del sector salud que se inició en 1994 busca satisfacer los siguientes objetivos específicos: a) extender las coberturas de los servicios básicos de salud, focalizándolos a los más pobres; b) aumentar el gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento del sector, asegurando su sostenibilidad; c) reorientar la asignación de los recursos; d) aumentar la eficiencia del sector público en el desempeño de sus funciones y la producción de servicios, y e) generar una respuesta social organizada, con una amplia base participativa.

Paralelamente a este proceso, se está ejecutando una reforma financiera para la modernización económica del Estado, tendiente a mantener una situación macroeconómica estable y crear el espacio fiscal necesario para aumentar el gasto social.

Organización del sector salud

El sector salud está conformado por instituciones del ámbito público y privado, organizaciones no gubernamentales y un importantísimo sector de medicina tradicional sobreviviente de la cultura maya, principalmente a nivel rural e indígena.

La cobertura poblacional que brindan las instituciones a nivel nacional es la siguiente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 25%; IGSS, 17%; Sanidad Militar, 2,5%; organizaciones no gubernamentales, 4% y sector privado, 10%. Menos de 60% de la población tiene algún tipo de cobertura de servicios de salud. Esta cobertura no ha mostrado aumentos sustanciales desde 1990, cuando era de 54%. Esta fue una de las razones que impulsaron al Gobierno a modificar el modelo tradicional de atención, mediante la reforma del sector. Se diseñó así un Sistema Integral de Atención de Salud (SIAS) que está en fase de implementación y pretende brindar atención básica a la totalidad de la población que actualmente no tiene acceso a los servicios de salud. Para ello se utilizarán los recursos existentes dentro de un contexto de organización y participación comunitaria que genere y produzca cambios en la situación de salud.

El SIAS se basa en la prestación de servicios de salud definidos, simplificados y permanentes, suministrados por personal voluntario, apoyado y supervisado por personal institucional. Estos actores comunitarios deberán trabajar en estrecha relación con un equipo de salud que les brindará apoyo técnico, logístico y resolutivo, y que a diferencia del perfil tradicional del personal de salud, trabajará en íntimo contacto con la comunidad.

Para la atención a las personas se han especificado los servicios mínimos de salud, de cobertura nacional, formulados de acuerdo al perfil epidemiológico de las comunidades y

conformados por las siguientes actividades: 1) atención de la mujer embarazada, mediante control prenatal, aplicación de toxoide tetánico, suministro de sulfato ferroso y atención al parto y al puerperio; 2) atención infantil, vacunación, control de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas y evaluación y atención nutricional de los menores de 2 años; 3) atención de la demanda de emergencia y enfermedades agudas (diarrea, cólera, infecciones respiratorias, malaria, dengue, tuberculosis, rabia, enfermedades de transmisión sexual y otras según el perfil epidemiológico local).

Los servicios ampliados de salud están dirigidos a 58% de la población ya cubierta por servicios de salud y son prestados por personal institucional que además de los servicios mínimos anteriormente descritos, brinda atención a la mujer en edad fértil, detección precoz del cáncer y planificación familiar; atención infantil y preescolar a menores de 5 años; atención de emergencias y morbilidad, y atención del medio ambiente, normas sanitarias y desarrollo y gestión de proyectos.

Actualmente está en marcha un proceso de reforma educativa llamado Programa Nacional de Autogestión para el Desarrollo Educativo (PRONADE), que comenzó en 1996 con la formación de maestros mediante un programa piloto en 39 centros de enseñanza en todo el país. El propósito del PRONADE es la formación de maestros bilingües (lengua indígena-español) para que en el año 2000 no haya un solo niño guatemalteco sin formación primaria elemental.

Desarrollo de legislación relacionada con la salud

El nuevo Código de Salud tiene como propósito asegurar la viabilidad y la implementación del proceso de cambio iniciado con la reforma del sector. Integra aspectos novedosos, como el propio concepto y definición del "sector salud", y crea la figura del Consejo Nacional de Salud, ente asesor del Gobierno y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuyo objetivo es regular el desarrollo de los servicios de salud y su infraestructura, relacionada con la formación y utilización de recursos humanos y las redes de servicios de atención. El código incorpora la promoción y la protección de la salud como aspectos específicos y prioritarios.

En noviembre de 1996 se sancionó una ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia familiar. Su articulado define la violencia familiar, el ámbito de aplicación de la ley y la presentación de denuncias, las instituciones encargadas de recibirlas, las medidas de seguridad, deberes del Estado, etc.

La ley de protección para las personas de la tercera edad, también sancionada en 1996, tiene como propósito salvaguardar los derechos de los ancianos y promover su calidad de vida.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Abastecimiento de agua, saneamiento y residuos sólidos. En 1994 la cobertura de abastecimiento de agua fue de 92% en la población urbana y 54% en la rural. La cobertura de saneamiento (alcantarillado) en el área urbana alcanza a 72% —correspondiendo a drenaje-fosa séptica 65% y a letrina-excusado 33%. En zonas rurales la cobertura de saneamiento solo llega a 52%. Esto significa que 3,7 millones de personas no tienen abastecimiento de agua potable y que 4,2 millones no disponen de saneamiento adecuado.

Existen 16 plantas de tratamiento de aguas residuales en el área metropolitana, pero solamente funcionan 4. De las 329 municipalidades del resto del país, 286 tienen red de alcantarillado, pero solamente 15 cuentan con planta de tratamiento de aguas residuales. El resto descargan las aguas residuales sin ningún tratamiento a los cuerpos receptores.

El país no cuenta con sistemas de tratamiento final para los desechos sólidos en ningún municipio. Se estima que la disposición de desechos sólidos en el área urbana del país se lleva a cabo por servicios de recolección que sirven a 47% de la población. El resto quema o entierra la basura o la vierte. En el área rural solo 4% de la población cuenta con servicio de recolección. La basura recolectada —tanto en zonas urbanas como rurales— se vuelca en vertederos sin ningún tratamiento posterior.

Actualmente está en curso un proceso de reorganización del sector que incluirá la promulgación de una ley de aguas (en trámite en el Congreso) que permitirá regular y conservar las fuentes de agua potable.

Existe un Programa de Vigilancia, Control y Monitoreo de la Calidad del Agua a nivel departamental y se está promoviendo la elaboración de normas de calidad para el agua de consumo, así como normas técnicas para regular la descarga de aguas residuales. Para incrementar la capacidad de gestión ambiental se capacitaron autoridades de 80 de los 330 municipios del país en la formulación de planes de recolección, transporte y disposición de residuos sólidos.

Contaminación atmosférica y ambiental. La contaminación atmosférica en el Departamento de Guatemala se debe fundamentalmente a los vehículos de motor, cuyo número crece cada año. Un estudio realizado en 1995–1996 en la ciudad de Guatemala por la Universidad de San Carlos y el Programa Ecológico de Centroamérica mostró la existencia de partículas en suspensión, dióxido de nitrógeno y ozono en concentraciones atmosféricas por encima de los estándares de la OMS.

En 1991 se promulgó una norma del Ministerio de Energía y Minas que regula la importación de gasolina con plomo, cuya concentración no puede exceder de 130 mg/l.

Guatemala es un país agrícola, con 32% de su territorio dedicado a la agricultura. Casi dos millones de personas viven en contacto directo con plaguicidas. En 1994 se importaron 5,7 millones de kilogramos de plaguicidas (lo que representa 0,5 kg por habitante). El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social realiza controles periódicos de residuos de plaguicidas en alimentos de consumo humano. En 1995, de 72 muestras analizadas solamente en 2 se hallaron niveles superiores al límite máximo establecido por la FAO/OMS.

El uso de plaguicidas determina un número importante de intoxicaciones accidentales y laborales cada año. No se conocen las cifras exactas de intoxicaciones agudas por plaguicidas, pero según las notificaciones del IGSS en 1993 hubo 282 casos, en 1994, 237 y en 1996, 80. Cerca de 90% de las intoxicaciones se producen en hombres y en tres cuartas partes de los casos los intoxicados son jornaleros. Los plaguicidas que más frecuentemente causan intoxicaciones agudas son los organofosforados.

Varias instituciones públicas y privadas realizan actividades de capacitación y educación para prevenir las intoxicaciones. En 1994, en actividades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Ministerio de Agricultura y Ganadería y Alimentación y el Gremio Químico Agrícola se capacitaron 1.400 personas.

Intoxicaciones alimentarias. Las intoxicaciones alimentarias continúan siendo una causa frecuente de morbilidad y mortalidad. La adulteración es uno de los principales problemas en algunos productos, preferentemente los lácteos. En 1993, 53% de las muestras de productos lácteos cumplieron las normas establecidas. En estudios de calidad microbiológica de los alimentos de venta callejera en 1993 se halló una calidad satisfactoria en 60% de las muestras en la capital y en 52% en los departamentos del interior.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos actualmente está en fase de revisión, ya que el subregistro es grande debido a la falta de denuncia y registro. Además, enfermedades como el cólera y otras que pueden ser transmitidas por alimentos, no se registran como casos de enfermedades de transmisión alimentaria.

Información y estadística sanitaria. Desde 1991 se está implementando en la región metropolitana de Guatemala el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Muertes Maternas, que en 1995 se inició también en los departamentos de Huehuetenango y Baja Verapaz. La información es obtenida por el personal de salud, luego de una breve capacitación, y permite tener datos para apoyar la toma de decisiones.

En 1996 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social decidió implantar el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA). Este sistema parte de la política de ampliación de coberturas e incorpora la información al Sistema Integral

de Atención en Salud. El SIGSA pretende ser un sistema integral de información y en él se integran módulos de estadísticas de salud, finanzas, planificación, suministros, recursos humanos y gestión hospitalaria. El propósito del SIGSA es fortalecer la capacidad de análisis del personal de los diferentes niveles para que sus decisiones se basen en información oportuna y pertinente.

El Ministerio ha iniciado el proceso de implementación del Sistema de Información Geográfico y de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

En 1993 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contaba con 19.385 empleados y una red de unos 3.861 establecimientos que incluye 35 hospitales, 32 centros de salud tipo A, 188 centros de salud tipo B, 785 puestos de salud dependientes del Ministerio de Salud, 24 puestos de salud dependientes de la Sanidad Militar y 2.642 establecimientos entre farmacias estatales, puestos municipales de venta de medicamentos, etc. El sector privado cuenta con unos 2.000 establecimientos, aunque solo cubre 10% de la población.

Según datos de 1995 hay 12.725 camas hospitalarias en todo el país, 1,1 por cada 1.000 habitantes.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) tiene 24 hospitales, 4 de ellos especializados. La cobertura del IGSS es limitada a nivel nacional, ya que solo tiene puestos de salud y primeros auxilios en 9 departamentos y consultorios en 10. Sus hospitales están concentrados en Guatemala capital, aunque en Escuintla y en Suchitupé se han abierto hospitales del IGSS en años recientes.

Los puestos de salud del Ministerio o del IGSS son atendidos por personal auxiliar. Los centros de salud del Ministerio cuentan con personal médico permanente, pero con un horario de atención de ocho horas. La capacidad resolutive de los puestos y centros de salud es muy limitada y no existe un sistema de referencia y contrarreferencia funcional y efectivo.

Los hospitales del Ministerio y del IGSS cuentan con especialistas contratados únicamente cuatro horas al día. Los hospitales especializados de referencia nacional se encuentran concentrados en la capital.

Salud de los excombatientes. Unos 3.400 excombatientes de la guerrilla (URNG) han sido reasentados en 7 campamentos del interior, en los departamentos de Quiché, Alta Verapaz, Escuintla y Quetzaltenango. En general son adultos de menos de 30 años, de 15% a 20% mujeres, y hay también algunos niños. El 3 de marzo de 1997 comenzó un plan bimensual de atención que debe continuar con un proceso de reinserción social, con capacitación y orientación vocacional. Hay tam-

bién un programa de atención médica integral y de salud oral. Los equipos de salud están integrados por un médico de la URNG que es el jefe del equipo, un médico de la organización Médicos del Mundo, cuatro estudiantes de odontología, un promotor de salud de la Universidad Misionera de los Pobres, un promotor de salud de la URNG y un promotor dental de la URNG.

Salud mental. La salud mental no ha sido una prioridad en el país, pero desde hace dos años un grupo de organismos gubernamentales y no gubernamentales está llamando la atención sobre el problema para crear un programa nacional de salud mental.

El Ministerio cuenta con un hospital psiquiátrico de referencia nacional, con 350 camas, que proporciona también consultas externas y hospitalización de día. El IGSS cuenta con una unidad de psiquiatría con 25 camas, que sirve para la referencia de sus afiliados y brinda también consulta externa. El Ministerio cuenta con clínicas psiquiátricas de consulta externa en tres hospitales nacionales ubicados en la capital. En el área metropolitana hay 10 psicólogos del Ministerio y 10 del IGSS que prestan atención en centros de salud y policlínicas periféricas. El IGSS tiene un programa de Psicología Comunitaria en el departamento de Escuintla.

Para la formación de recursos humanos existe un posgrado de psiquiatría que forma personal del Ministerio e IGSS y del cual egresan unos cinco psiquiatras por año. En 1995 se capacitaron 20 enfermeros profesionales del Ministerio y del IGSS en psiquiatría y salud mental.

El Departamento de Salud Mental del Ministerio está constituido básicamente por una oficina técnico-normativa, que planifica y coordina los programas de salud mental a nivel nacional, incluido el Plan de Atención a Excombatientes, para prestar atención en los aspectos de salud mental en las unidades aledañas a los campamentos de reasentamiento.

Insumos para la salud

Medicamentos. Los medicamentos se comercializan en una red de 52 farmacias públicas, 80 puestos municipales de venta de medicamentos y 1.920 farmacias privadas. Hay 900 farmacéuticos y 1.100 técnicos en farmacia. Un total de 8.172 especialidades farmacéuticas están registradas; de estas solo 12% está en circulación. Existen 81 laboratorios nacionales fabricantes de medicamentos y 9 extranjeros. Hay un laboratorio oficial de control de la calidad de los medicamentos y cuatro privados.

En 1995 el gasto en medicamentos fue de US\$ 159 millones, de los que correspondieron al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social US\$ 13 millones (8%), al IGSS US\$ 19 millones (12%) y al sector privado US\$ 127 millones (80%).

Los grupos terapéuticos más consumidos son los antiinfecciosos, los antiinflamatorios y los medicamentos para la gastritis y la úlcera péptica. Desde 1996 existe la Comisión Multi-sectorial para la elaboración de políticas de medicamentos, en la que participan el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el IGSS, el Ministerio de Economía, el gremio de fabricantes y de importadores de medicamentos y la OPS.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con la División de Registro y Control de Medicamentos y Alimentos que registra los medicamentos, autoriza la instalación de establecimientos farmacéuticos, realiza análisis fisicoquímicos, controla la producción, la comercialización y la dispensación de estupefacientes y psicotrópicos y autoriza la publicidad de medicamentos.

Según un estudio realizado en 1993 en una muestra de puestos de salud del Ministerio en todo el país, 70% de dichos puestos contaban con los 27 medicamentos esenciales identificados como tales por el Ministerio.

Recursos humanos

En 1993 el sector salud integró a unas 51.000 personas, de las cuales 26% son personal comunitario voluntario, 17% laboran en el sector privado y 57% en el sector público. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con 19.385 empleados, de los cuales son profesionales 12,4%, técnicos 8,8%, auxiliares 26,5%, y personal administrativo y de servicios generales 52,3%. El IGSS cuenta con unos 8.000 empleados de planta y 1.300 supernumerarios. De ese total, 50,5% desempeñan funciones administrativas y de servicios varios.

Según datos de 1993, por cada 10.000 guatemaltecos hay 9 médicos, 3 enfermeros profesionales, 11 auxiliares de enfermería, 20 parteras y 1,3 odontólogos.

Aproximadamente 80% de los médicos, 56% de los profesionales de enfermería y 50% de los auxiliares de enfermería se encuentran en la región metropolitana, donde hay 28 médicos y 4,9 enfermeros profesionales por cada 10.000 habitantes. Las zonas rurales, donde vive 65% de la población y se concentran los grupos de mayor riesgo, están atendidas fundamentalmente por auxiliares de enfermería, técnicos de salud rurales, comadronas y promotores de salud comunitaria voluntarios.

Cerca de 80% del personal de salud del IGSS se concentra en la región metropolitana. La concentración de recursos humanos en el área metropolitana y la escasez de médicos con especialidades básicas en los hospitales provoca un gran déficit en la capacidad resolutoria a nivel ambulatorio rural y hospitalario. La distribución de los recursos humanos es un reflejo de un modelo asistencial centralizado y volcado hacia la atención médica curativa.

En cuanto a capacitación administrativa, el personal de salud institucional se encuentra capacitado para los procesos operativos pero no en aspectos gerenciales del sistema de salud.

En el campo de la salud pública, el país cuenta con epidemiólogos en todos los departamentos, con diferentes grados de capacitación. Hay déficit de ingenieros sanitarios y especialistas en economía de la salud, aun a nivel central del Ministerio. La formación de personal profesional de salud está a cargo de la Universidad de San Carlos (USAC), la Universidad Francisco Marroquín y la Universidad del Valle, estas últimas privadas, mientras que la USAC es estatal. En 1995 comenzó a funcionar la Maestría de Salud Pública en la USAC, que permitirá formar personal de diferentes instituciones del Estado, en aspectos gerenciales, ambientales, de investigación y epidemiología.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto público en salud en 1995 fue equivalente a 1,2% del producto interno bruto. El porcentaje del presupuesto general de gastos del Estado dedicado a salud durante el período 1991-1994 llegó a 18,1%. En 1996 el gasto público en salud fue equivalente a 13% del total de gasto público; en 1992 fue de 6,6%.

La asignación de presupuesto para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1996 fue de US\$ 195,98 millones, y en 1997 de US\$ 203,57 millones. La asignación para el IGSS en 1994 fue de US\$ 199,27 millones, y en 1995 de US\$ 227,23 millones (tasa de cambio para 1996 y 1997: 6 quetzales = 1 dólar estadounidense).

El gasto público en salud en 1996 se reorientó y, a diferencia de otros años, se asignó una parte considerable de 43,8% a atención primaria —servicios locales de salud—; 24,6% se destinó a la red hospitalaria.

La Unidad Sectorial de Planificación del Ministerio cuenta actualmente con una cartera de proyectos para la paz entre los que destacan los siguientes:

- Sistema Integrado de Atención en Salud para Departamentos y Municipios Críticos del Área de la Zona Paz, proyecto para el que el Ministerio ha presupuestado US\$ 13,81 millones con una inversión externa suplementaria de US\$ 26,3 millones.
- Agua Potable y Saneamiento para el Área Rural de los Municipios Priorizados de la Zona Paz, proyecto en el que se prevé una inversión gubernamental de US\$ 12,65 millones, una aportación de las comunidades de US\$ 5,06 millones y una inversión externa de US\$ 12,65 millones.
- Unidades de Emergencia Médica de 24 Horas, Primer Nivel, en el área metropolitana de Guatemala, con un gasto del Ministerio de US\$ 232.000 y una inversión externa de US\$ 659.000.

GUAYANA FRANCESA, GUADALUPE Y MARTINICA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Los departamentos franceses de la Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica son parte integrante de Francia desde 1946. Aunque se encuentran en la Región de las Américas, se benefician con medidas de protección especiales y reciben fondos estructurales europeos establecidos para contribuir al desarrollo de las regiones europeas.

La población de los departamentos se mantuvo estable entre los decenios de 1960 y 1980. Durante ese período hubo apreciables migraciones a Francia como consecuencia de la escasez de trabajo, lo que fue compensado por una tasa de natalidad vigorosa aunque declinante. Desde mediados de los años ochenta y con el comienzo de la crisis del empleo en Francia, se han iniciado movimientos de repatriación con el retorno de adultos y de jubilados jóvenes.

El censo de 1990 reveló que el crecimiento medio anual de la población fue de 1,1% en Martinica, 2,1% en Guadalupe y 5,8% en la Guayana Francesa durante el período comprendido entre 1982 y 1990. Este crecimiento continúa, y en 1996 la densidad de la población fue de 248 habitantes por km² en Guadalupe, 353 habitantes por km² en Martinica y 2 habitantes por km² en la Guayana Francesa. En 1996, se estimó una población de 422.090 habitantes para Guadalupe, 383.340 para Martinica y 151.780 para la Guayana Francesa. La población de la Guayana Francesa es la más joven: 36% tiene menos de 15 años de edad, mientras que este grupo de edad representa 26,5% y 24,0% de la población en Guadalupe y Martinica, respectivamente. En 1994, la esperanza de vida en la Guayana Francesa fue de 78,2 años para las mujeres y 71,2 para los hombres; en Guadalupe, de 80,2 años para las mujeres y 72,7 para los hombres, y en Martinica, de 82,4 años para las mujeres y 79,5 para los hombres.

Una parte de este aumento de la población se debe a la migración de los vecinos países en desarrollo. En la Guayana

Francesa, la tercera parte de la población es extranjera; en cuanto a San Martín (Guadalupe), su condición especial de puerto libre y el crecimiento del turismo han cuadruplicado virtualmente el número de habitantes en ocho años y han determinado que su población extranjera sea de alrededor de 50%.

Desde 1986, los incentivos fiscales han dado impulso a los sectores de la construcción, las obras públicas y la hotelería. Las tasas de desempleo en Guadalupe fueron de 27,0% en 1986, 26,1% en 1993, 26,1% en 1995 y 29,3% en 1996; en Martinica, de 31,0%, 25,0%, 26,1% y 27,2%, y en la Guayana Francesa, de 22,0%, 24,1%, 23,0% y 22,4%, en los mismos cuatro años.

Las personas registradas como desempleadas y subempleadas representan la mitad de la población activa de las Antillas (Guadalupe y Martinica); en la Guayana Francesa la proporción es de 44%. Con base en el censo de 1990, una encuesta dirigida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Estudios Económicos (INEEE) identificó los grupos de población de alto riesgo, a los que definió como unidades familiares que ocupaban alojamientos precarios, sin agua en la propia vivienda ni cerca de ella, y encabezadas por desempleados. Se calculó que estaba en alto riesgo 22% de la población en Guadalupe, 18% en Martinica y 30% en la Guayana Francesa. El Cuadro 1 presenta indicadores socioeconómicos para los tres departamentos.

Morbilidad y mortalidad

Uno de los problemas específicos de salud que afectan a los tres departamentos franceses es la elevada prevalencia de las infecciones víricas de transmisión sexual y del dengue, que se manifiesta con brotes epidémicos. Entre las enfermedades no transmisibles, hay una alta prevalencia de drepanocitosis y son muy frecuentes la diabetes y la hipertensión, así como sus complicaciones (particularmente, la insuficiencia renal cró-

CUADRO 1
Indicadores socioeconómicos de Guadalupe, Martinica y la Guayana Francesa, 1982 y 1990.

	Guadalupe		Martinica		Guayana Francesa	
	1982	1990	1982	1990	1982	1990
Casas con agua corriente potable	70,1%	89,8%	78,8%	94,3%	69,1%	84,4%
Casas con electricidad	77,2%	89,4%	72,3%	90,3%	80,4%	87,8%
Casas con algún sistema de eliminación de aguas servidas ^a	24,5%	36,3%	22,5%	38,0%	34,3%	44,3%
Proporción de viviendas superpobladas ^b	26,7%	17,1%	26,2%	14,8%	24,6%	24,0%
Número medio de personas por casa	3,7	3,4	3,8	3,3	3,3	3,4
Población urbana	...	91,4%	...	84,6%	...	64,3%
Tasa de alfabetismo	82%	...	85%	...	72%	...

^a En estas cifras no se incluyen las viviendas equipadas con fosas sépticas individuales.

^b Viviendas con menos habitaciones que ocupantes.

Fuente: Informes del Instituto Nacional de Estadísticas y Estudios Económicos (INEEE), 1982 y 1990.

nica). Con excepción de los cánceres del cuello del útero y de la próstata, hay una baja incidencia de tumores malignos. Los accidentes de tráfico contribuyen mucho al aumento de los años potenciales de vida perdidos (APVP).

En 1995 hubo 5.383 defunciones en Martinica, Guadalupe y la Guayana Francesa. La información más reciente sobre causas de muerte data de 1993, pues el encargado de hacer el análisis es el Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica de París. Este análisis es independiente de la recopilación de datos que el INEEE extrae del registro de nacimientos, casamientos y defunciones.

Con arreglo a la clasificación de los APVP, las enfermedades infecciosas y parasitarias son la segunda de las causas de muerte más frecuentes para ambos sexos en la Guayana Francesa. En las Antillas, constituyen la cuarta de estas causas y representan apenas entre 6% y 7% de los APVP. En Guadalupe, el sida representa 6,5% de las muertes de niños de menos de 28 días de edad. Guadalupe es el departamento más gravemente afectado por los problemas que se presentan en el período perinatal. En todos los departamentos, las causas de muerte más frecuentes durante el período perinatal son la anoxia y otras enfermedades de las vías respiratorias.

Las lesiones (en particular por accidentes de tráfico en la carretera) y las intoxicaciones son la causa de defunción más importante entre los hombres y contribuyen a un tercio de los APVP de la población masculina de los tres departamentos. En cuanto a las mujeres, estas dos causas ocupan el primer lugar en la Guayana Francesa y el tercero en Guadalupe y Martinica entre las causas de defunción más comunes.

Aunque las afecciones cardiovasculares son las que más contribuyen a la mortalidad que se registra en los departamentos, su importancia se debe medir teniendo en cuenta la avanzada edad en que se produce la muerte. Estas afecciones

ocupan el segundo lugar en las Antillas y el tercero en la Guayana Francesa en relación con los APVP.

En las Antillas, los tumores malignos constituyen la principal causa de defunción para las mujeres en función de los APVP y la cuarta de las causas más comunes en la Guayana Francesa. Para los hombres, los cánceres son la quinta de las principales causas de defunción (representan 4% de los APVP) en la Guayana Francesa y ocupan el segundo y tercer lugar en Martinica (18%) y Guadalupe (13%), respectivamente.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La Secretaría de Estado de Salud forma parte del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de Francia. También participan en las actividades de salud los Ministerios de Interior (programas sobre el abuso de drogas), del Medio Ambiente, de Agricultura (inocuidad de los alimentos) y de Educación Nacional (salud escolar).

Una ley promulgada en 1992 estipula que todas las personas que residen en Francia y en los departamentos franceses tienen derecho a recibir asistencia financiera para cubrir los costos de su atención médica en caso de necesidad. Cada departamento organiza el acceso de la población pobre a la asistencia médica. El departamento paga su costo integral o el boleto moderador ("ticket modérateur"), que es un porcentaje que oscila entre 0% y 65%, según la índole de la enfermedad, la atención brindada y el tipo de medicación prescrita. El Estado cubre los costos de la asistencia que se brinda a las personas sin hogar.

El sistema de seguridad social, un mecanismo patrocinado por el Estado que se financia mediante contribuciones obligatorias deducidas de los salarios, proporciona el seguro de salud. El paciente paga la totalidad del costo del tratamiento directamente al prestador del servicio y el seguro de salud se lo reintegra. La suma reembolsada se calcula sobre la base de porcentajes negociados entre los prestadores de servicios y la seguridad social. Un porcentaje cada vez mayor de la población contrata voluntariamente un seguro adicional para financiar los gastos no reembolsables. Para que los pacientes no tengan que pagar por adelantado, es muy común que los aseguradores efectúen los pagos en forma directa, en especial a los hospitales y las farmacias. En estos casos, el seguro de salud paga directamente al prestador de la asistencia y el paciente solo abona el boleto moderador.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El Estado tiene a su cargo la salud pública en general, que comprende la prevención de las enfermedades en la comunidad, la vigilancia ambiental, el control sanitario de las fronteras, y la lucha contra las principales enfermedades y la adicción a las drogas y el alcohol. El Estado supervisa la capacitación del personal de salud, ayuda a establecer sus condiciones de trabajo, fiscaliza el cumplimiento de las reglamentaciones sobre control de la calidad y seguridad sanitaria en los dispensarios, y controla los productos farmacéuticos. Además, garantiza que las medidas terapéuticas y preventivas sean las adecuadas y reglamenta la extensión del tratamiento que se proporciona. El Gobierno central vigila el funcionamiento de los hospitales públicos, designa a sus directores, determina sus presupuestos y organiza la contratación de su personal. Por último, el Estado supervisa la asistencia social, su financiación y las normas que rigen la cobertura de la población, y asume la responsabilidad financiera del tratamiento.

Un prefecto conduce los servicios descentralizados del Estado correspondientes a la órbita de cada uno de los Ministerios interesados, en particular los que se relacionan con cuestiones de salud. En el plano local, son competencia de otros prefectos una Oficina Departamental de Salud y Asuntos Sociales en cada departamento y la Oficina Interregional de la Seguridad Social, común a los tres departamentos y con sede central en Martinica.

Con arreglo a la ley de descentralización de 1983, ciertas funciones médicas y sociales del Estado fueron transferidas a los presidentes de los Concejos Generales de cada departamento, entre ellas la protección materno-infantil, la inmunización, el control de la tuberculosis, las enfermedades de trans-

misión sexual (excluido el sida), el cáncer, la lepra, la protección social a la niñez y una parte de la asistencia a las personas de edad avanzada y a los adultos discapacitados. Los alcaldes pueden asumir ciertas funciones relacionadas con el saneamiento y la inmunización y presiden las juntas de directores de los establecimientos de salud pública.

La población fija de los departamentos franceses goza de acceso irrestricto a una amplia gama de servicios de atención médica primaria y secundaria. En 1991, los Hospitales Universitarios y los Centros Regionales de Lucha contra el Cáncer de Francia proporcionaron 61.000 días de hospital a 4.500 pacientes de los tres departamentos franceses, que según estimaciones representaron 11%, 3% y 15% de la actividad hospitalaria de Guadalupe, Martinica y la Guayana Francesa, respectivamente. Aunque más de 25% de esos días se dedicaron al tratamiento de enfermos de cáncer, también recibieron atención pacientes con enfermedades cardiovasculares y afecciones genitourinarias. Si bien el sistema de seguridad social reembolsa los gastos de hospital, solo paga los pasajes aéreos de un pequeño porcentaje de pacientes que necesitan un tratamiento médico que no se brinda en los departamentos.

Los hospitales públicos y privados ofrecen hospitalización completa, tratamiento ambulatorio y consultas externas. Los servicios de hospitalización se dividen en tratamiento de corto plazo (afecciones agudas), seguimiento (convalecencia, readaptación y rehabilitación funcional) y atención de larga estancia (diseñada esencialmente para las personas de edad avanzada). Si bien los médicos generales privados proporcionan la mayor parte de la asistencia ambulatoria y domiciliaria, los pacientes también pueden utilizar los servicios externos de los hospitales o centros de tratamiento.

Los sectores público y privado difieren en algunos aspectos. La docencia y la investigación son parte de las misiones específicas de los hospitales públicos. Estos tienen la obligación de aceptar a cualquier paciente y de emplear únicamente a personal asalariado. Los médicos de los hospitales privados cobran honorarios.

Desde 1985, los establecimientos públicos se han financiado primordialmente con una subvención estatal que todos los años paga el sistema de seguro de salud. Los establecimientos privados se financian mediante el cobro de una suma global fija y de tarifas diarias que determinan las oficinas regionales del seguro médico. Por consiguiente, su financiación es proporcional a la actividad que desarrollan, cosa que no ocurre con los hospitales públicos.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

Protección del medio ambiente. El control del medio ambiente es función de los servicios del Estado a nivel departamental. Tanto la calidad del agua para beber y bañarse

(agua de mar y de las piscinas) como el tratamiento de las aguas servidas están sometidos a inspecciones periódicas.

Inocuidad de los alimentos. La Oficina Departamental de Salud y Asuntos Sociales y el Departamento de Veterinaria (Ministerio de Agricultura) realizan conjuntamente encuestas sobre intoxicaciones por ingestión de alimentos. La Oficina Departamental de Competencia, Consumo y Eliminación del Fraude (Ministerio de Hacienda) efectúa el control de la calidad de los productos comestibles y de la conservación de los alimentos.

Tecnología de salud. Los equipos son supervisados a escala nacional. Únicamente se pueden instalar en los establecimientos de salud equipos autorizados por las autoridades nacionales sobre la base de un mapa sanitario que determina la relación de la capacidad de camas y de los principales equipos con el número de habitantes.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. El Centro de Educación para la Salud de Francia diseña campañas sobre una serie de temas relacionados con la salud y la higiene que luego adoptan los departamentos. Además, el Sistema Nacional de Seguro Médico instituye campañas de prevención y reconocimiento sistemático (por ejemplo, del cáncer del cuello del útero y de la mama). La Oficina Departamental de Salud y Asuntos Sociales está en condiciones de impulsar campañas que utilicen los materiales de producción local más apropiados para los habitantes de los departamentos.

Programas de prevención y control de enfermedades. Los residentes de los departamentos franceses tienen acceso a reconocimientos médicos periódicos durante los años escolares y en sus lugares de trabajo. Se ofrecen servicios de protección materno-infantil a mujeres embarazadas y a niños pequeños. La Oficina Departamental de Salud y Asuntos Sociales tiene la obligación de notificar ciertas enfermedades infecciosas o transmisibles.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Redes de servicios. Se han establecido redes de hospitales municipales para tratar las intoxicaciones y la hepatitis C, y esto permite una mejor coordinación entre los médicos de hospitales y los privados. Además de estas redes, se han crea-

do también centros de información sobre el VIH y de atención a personas con esta infección.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre. Las salas nacionales de transfusión de sangre funcionan bajo la dirección del Organismo Francés de la Sangre. En el plano regional, un médico fiscaliza la corrección de las prácticas de transfusión sanguínea.

En las Antillas y en la Guayana Francesa funcionan 50 laboratorios de biología médica en el sector privado y 18 en el sector público. Hay 22 laboratorios privados y 8 públicos en Guadalupe, 3 privados y 2 públicos en la Guayana Francesa, y 25 privados y 8 públicos en Martinica. El prefecto puede autorizar el funcionamiento de laboratorios privados teniendo en cuenta las condiciones locales, la idoneidad del personal y los equipos disponibles. Los laboratorios públicos pertenecen a los hospitales.

Servicios especializados. Los servicios psiquiátricos en Francia están organizados por sectores geográficamente definidos. Cada servicio de psiquiatría para adultos da cobertura a un sector con una población de 70.000 personas aproximadamente; por cada tres de estos servicios hay uno de psiquiatría infantil.

Hay dos dependencias administrativas que se ocupan de las personas con discapacidad: la Comisión Departamental de Educación Especial examina todas las solicitudes de empleo de los discapacitados menores de 20 años de edad, así como las peticiones de ayuda financiera de sus familiares. En cuanto a los discapacitados mayores de 20 años, le corresponde a la Comisión de Orientación Técnica y Reclasificación Profesional de cada departamento francés la tarea de clasificar a los trabajadores discapacitados y brindarles orientación profesional, así como la de evaluar la asignación de asistencia financiera y remitirlos a una institución especializada.

Desde 1984, la población carcelaria francesa ha recibido cobertura médica equivalente a la de la población general.

Insumos para la salud

Medicamentos y productos inmunobiológicos. En las Antillas y en la Guayana Francesa hay 308 farmacias (140 en Guadalupe, 139 en Martinica y 29 en la Guayana Francesa) y 7 distribuidores mayoristas (2 en Guadalupe, 2 en Martinica y 3 en la Guayana Francesa). Todos los productos farmacéuticos, incluidas las vacunas, se importan de Francia. Por lo común los pacientes obtienen sus medicamentos por prescripción médica y un organismo de seguro social les reembolsa su costo. Un sistema de pagos directos a cargo de las aseguradoras libera a los pacientes de la necesidad de efectuar pagos

por adelantado. Las autoridades establecen el monto del reembolso por los medicamentos. Sin embargo, los medicamentos genéricos todavía tienen que encontrar un nicho importante en el mercado francés. El precio de los fármacos en los departamentos se ajusta para compensar los costos del transporte. En los últimos 20 años los gastos en medicamentos de las familias que viven en los departamentos franceses aumentaron mucho (se multiplicaron aproximadamente por ocho).

El control de calidad de los productos farmacéuticos se basa en actividades de vigilancia de la salud, sistemas de alerta, aplicación de manuales de buena práctica, educación permanente de los farmacéuticos (que pronto será obligatoria) e inspecciones a las farmacias en cada región. Los avisos de medicamentos dirigidos al público y a los médicos están sujetos a control. Las autoridades organizan con periodicidad campañas de información sobre los fármacos y su empleo correcto.

Equipo médico. La incorporación de un equipo médico importante requiere la autorización del ministro o del prefecto de la región. Los tres departamentos comparten ciertos equipos. Por ejemplo, hay un equipo de resonancia magnética en Martinica y un litotritor en Guadalupe.

Recursos humanos

Capacitación. Los médicos se forman en las facultades de medicina anexas a los hospitales universitarios. En los departamentos se dicta un ciclo de estudios terciarios de medicina con capacidad para formar cinco especialistas y aproximadamente 100 internistas por año. Esta capacitación se brinda en virtud de un acuerdo concertado entre la Universidad de Bordeaux II y el Centro de Capacitación e Investigación de las Antillas y la Guayana Francesa, que forma parte de la Universidad de las Antillas y la Guayana Francesa.

Los hospitales docentes de Fort-de-France y Pointe-à-Pitre funcionan como centros de capacitación práctica y supervisada para estudiantes de medicina. Una escuela que forma parte del hospital universitario de Fort-de-France, en Martinica, ofrece capacitación a 14 parteras por año; otra escuela para enfermeras de salas de operaciones que funciona en el Hospital Lamentin, también en Martinica, prepara a 10 enfermeras por año; hay, además, dos escuelas para personal de ambulancias, una en Martinica y otra en Guadalupe. En los tres departamentos hay también sendas escuelas de enfermería donde se forman 61 enfermeras por año. Otros profesionales de la salud se capacitan en Francia.

Los facultativos asalariados reciben enseñanza médica permanente en los establecimientos de salud donde están empleados; la educación permanente es obligatoria para los

médicos privados desde 1996. Los Consejos Regionales de Educación Permanente y el Consejo Nacional de Educación Permanente supervisan esta capacitación.

Personal de salud. En enero de 1997, la proporción de médicos particulares que trabajaban en los departamentos era de 66 internistas y 40 especialistas por 100.000 habitantes. Los médicos del sector privado reciben un pago por cada consulta; otros profesionales de la salud son asalariados o ejercen como particulares y cobran por consulta.

Investigación y tecnología en salud

En Guadalupe hay una dependencia del Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica consagrada a la hemoglobi-nopatía. El Instituto tiene Comisiones de Orientación en Investigación en cada departamento.

Cooperación técnica y financiera externa

Para que los indigentes tengan acceso a la atención de salud, Médicos del Mundo, una organización no gubernamental, ofrece consultas médicas gratuitas. Asimismo, la Asociación AIDES participa, junto con las autoridades del Estado, en la lucha contra el sida.

El Fondo Interministerial para el Caribe brinda asistencia a proyectos concretos. Este Fondo, que recibe aproximadamente 10 millones de francos (US\$ 1.800.000) por año, es administrado por una delegación interministerial que rinde cuentas al prefecto de Guadalupe y se ha establecido para brindar apoyo a proyectos de cooperación bilateral entre por lo menos un departamento y un país vecino. Una sexta parte del Fondo se consagra a la salud. Las instituciones de salud, particularmente los hospitales docentes de Fort-de-France y Pointe-à-Pitre, gestionan la realización de actividades de cooperación con los países vecinos en las esferas de la capacitación, la telemedicina y las visitas *in situ* de profesionales de la salud para administrar tratamiento.

GUAYANA FRANCESA

La Guayana Francesa ocupa 90.000 km² en la costa nordeste de América del Sur; limita con Suriname al oeste y con Brasil al este y al sur. Una densa selva ecuatorial cubre 90% de su territorio. Los principales medios de acceso al interior son las vías fluviales y tan solo por lancha motora se puede llegar a la mayor parte de las comunidades. Unas pocas, que se encuentran aisladas, están autorizadas para tener pistas de aterrizaje.

En 1994, la tasa de fecundidad fue de 110,5 nacimientos por 1.000 mujeres en edad de procrear. Entre 1982 y 1992 aumentó 4% para las madres de 10 a 14 años de edad y 14% para las de 15 a 19 años. En 1995, la tasa de natalidad fue de 29,2 nacimientos por 1.000 madres residentes; la tasa de mortalidad fue de 3,9 defunciones por 1.000 habitantes, y la tasa de mortalidad infantil (en promedio para el período comprendido entre 1991 y 1993), de 15,3 defunciones por 1.000 nacidos vivos.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño y del adolescente

La tasa de mortalidad perinatal en la Guayana Francesa se ha mantenido en alrededor de 30 por 1.000 nacidos vivos en los últimos 10 años. En 1995, las infecciones neonatales, las malformaciones congénitas y la toxemia del embarazo fueron las principales causas de defunción durante el período perinatal. En 20 años la tasa de mortalidad infantil se redujo a la tercera parte, de 50 por 1.000 en el decenio de 1970 a un promedio de 15 por 1.000 en los últimos años. Las tres causas de hospitalización más importantes en el período 1992–1993 fueron los partos prematuros y el bajo peso al nacer (48%), las enfermedades infecciosas (17%) y las infecciones respiratorias agudas (6%).

La Oficina Departamental de Protección de la Madre y el Lactante dispone de un sistema para registrar en forma permanente la información relativa al período perinatal que obtiene en todas las maternidades públicas y privadas, así como en los centros de salud departamentales. Esta información comprende los registros del resultado del embarazo y las hojas descriptivas que explican las causas de muerte perinatal, tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud.

En 1995, la razón entre mortinatos y recién nacidos que pesaban 500 gramos y 1.000 gramos fue de 22,6 por 1.000 y 16,7 por 1.000, respectivamente. La mortalidad neonatal temprana fue de 9,8 por 1.000 para los nacidos con 500 gramos y de 8,6 por 1.000 para los nacidos con 1.000 gramos. La tasa de partos prematuros se ha mantenido estable en 12% desde 1993. La proporción de recién nacidos con un peso inferior a 2.500 gramos fue de 11%.

En 1995, 67,3% de las mujeres realizaron durante el embarazo menos de las siete consultas previstas por la ley; 53,3% efectuaron menos de seis consultas y 19,7%, tres consultas o menos. Es alarmante la situación de las madres menores de edad: 79% efectuaron menos de siete consultas prenatales.

Entre 1981 y 1983 las defunciones de niños de 1 a 4 años de edad se debieron sobre todo a causas externas y traumatismos

(67 por 100.000) y a enfermedades del sistema nervioso central (40 por 100.000). En el período comprendido entre 1988 y 1990 las causas principales de defunción fueron las enfermedades infecciosas (37 por 100.000), las causas externas y traumatismos (30 por 100.000) y las afecciones de las vías respiratorias (18 por 100.000). Las causas principales de hospitalización en este grupo de edad fueron las enfermedades infecciosas (18%), los traumatismos craneanos (13%) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias superiores (11%).

Entre los niños de 5 a 14 años de edad, las tres causas principales de defunción en el período 1988–1990 fueron las causas externas y los traumatismos (12 por 10.000), las enfermedades infecciosas (6 por 100.000) y las enfermedades del aparato circulatorio (4 por 100.000). Las causas principales de hospitalización de los niños de 5 a 9 años de edad fueron rotura de extremidades (14%), traumatismos craneanos (12%) y apendicitis (12%). En los niños de 10 a 14 años la causa principal de hospitalización fue la apendicitis (18%), seguida por la rotura de extremidades (14%) y los partos normales (12%).

Los embarazos precoces, el abuso de drogas y el sida y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) aparecieron como los principales problemas de salud de los adolescentes. En el decenio anterior, aproximadamente 8% de las madres tenían menos de 18 años de edad. En 1992, la tercera parte de este grupo de edad mostró síntomas patológicos durante el embarazo. De toda la población afectada por el sida, 11,3% tiene menos de 20 años.

La salud del adulto

Entre 1988 y 1990 las causas principales de defunción de las mujeres de 15 a 34 años de edad fueron el suicidio (20%), los accidentes de tráfico (10%) y el sida (10%); entre las de 35 a 64 años, las causas de defunción más frecuentes fueron los tumores malignos (30%) y las enfermedades cerebrovasculares (16%). En los hombres de 15 a 34 años, las causas más importantes fueron los accidentes de tráfico (20%), el sida (10%), el suicidio (8%) y el homicidio (6,3%); entre los de 35 a 64 años predominaron los tumores malignos (11%), seguidos por el sida (10%), las enfermedades cerebrovasculares (9%) y los accidentes de tráfico (9%).

La salud del adulto mayor

Entre 1988 y 1990, las causas más frecuentes de defunción de las personas mayores de 65 años fueron las enfermedades cerebrovasculares (19% en los hombres, 23% en las mujeres), las afecciones de las vías respiratorias (7%), las enfermedades

infecciosas (7%) y los tumores malignos del sistema digestivo (7%). En este grupo de edad, las enfermedades crónicas más comunes son la hipertensión grave (19% en los hombres y 36% en las mujeres), la diabetes (15% en ambos sexos) y los tumores (15% en los hombres y 9% en las mujeres).

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. La incidencia de la malaria en la Guayana Francesa es alta: en 1995 se registraron 5.892 casos biológicamente confirmados. Los tres tipos encontrados más a menudo fueron *Plasmodium falciparum*, *P. vivax* y *P. malariae*. En la Guayana Francesa, las dos zonas de transmisión de la malaria son la que corresponde a los dos grandes ríos fronterizos (Maroni y Oyapock), donde la transmisión es permanente, y la costera, donde es esporádica y limitada. Puesto que las zonas infectadas por la malaria son muy distintas, es difícil definir una tendencia evolutiva global.

En 1994 se produjo un brote de la enfermedad en la región del Maroni superior (Maripasoula). Los movimientos migratorios, procedentes principalmente del Brasil y de Suriname y ligados con las minas de oro existentes a lo largo de los ríos, han contribuido a este aumento de la transmisión de la malaria.

En 1992, un estudio encontró una tasa de ineficiencia *in vivo* de 68% (*in vitro* de 62%) para el tratamiento de la malaria con cloroquina; la resistencia a la quinina fue de 24%. Estas comprobaciones fueron confirmadas por un estudio de quimiosensibilidad *in vitro* realizado por el Instituto Pasteur (1993–1996), en el que también se demostró la resistencia a la halofantrina.

En la Guayana Francesa, el vector del dengue es el *Aedes aegypti*; los virus de los tipos inmunológicos 1, 2 y 4 circulan de modo endémico-epidémico. Desde julio de 1991 hasta octubre de 1992 se observó una ola epidémica causada por el serotipo dengue-2. Durante el período mencionado se registraron 40 casos de fiebre hemorrágica del dengue, incluidas seis defunciones. En diciembre de 1995, este serotipo reapareció principalmente en Cayena. Se produjo un nuevo brote de la enfermedad desde el último trimestre de 1996; la distribución fue: dengue-1 en Kourou y dengue-2 en Cayena.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. Junto con la malaria, la diarrea es el principal motivo de las consultas y las observaciones realizadas en los dispensarios departamentales. La fiebre tifoidea estalla en pequeñas epidemias, sobre todo en las comunidades de la región del Maroni.

En la Guayana Francesa el primer caso de cólera se notificó en 1991. Entre diciembre de 1991 y noviembre de 1994 se comunicaron 22 casos de cólera, 55% de los cuales se produjeron en zonas rurales. Desde noviembre de 1994 no se ha notificado ningún caso de cólera en el departamento.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Desde el comienzo de la epidemia se han notificado 588 casos de sida en la Guayana Francesa. Las mujeres representan 38,4% del total de los casos; el grupo de 30 a 39 años de edad es el más afectado (38,8%); le siguen los grupos de 40 a 49 años (17,7%) y de 20 a 29 años (15,6%). En 79,2% de los casos la transmisión es heterosexual. Mientras la transmisión de la madre al feto, que es un aspecto estremecedor, representa 58 casos (9,9% del total de los casos), la transmisión relacionada con el abuso de drogas es muy baja (2%). De los casos notificados, 57,8% habían muerto al 31 de diciembre de 1996.

El tratamiento triple multimedicamentoso del sida comenzó en agosto de 1996 y desde entonces los pacientes pueden someterse a una medición de carga viral. En 1997 se puso en marcha en la Guayana Francesa un proceso de "programación estratégica" para tomar urgentes medidas de lucha contra esta enfermedad.

Tuberculosis y lepra. En 1995 se registraron 69 casos de tuberculosis. El predominio de la enfermedad entre los hombres (con una razón hombre/mujer de 2,2:1) en 1994 parece haber disminuido: la razón hombre/mujer fue de 1,16:1 en 1995. Las dos terceras partes de los casos de tuberculosis se encuentran entre los inmigrantes de Brasil, Haití y Suriname. La tasa de coinfección tuberculosis/VIH fue de 19% en 1995. La pobreza y la marginalidad, que se han exacerbado desde 1993 en la Guayana Francesa, son factores que probablemente favorezcan la transmisión de la tuberculosis.

En la Guayana Francesa todos los años se detectan de 15 a 20 casos nuevos de lepra. Predomina la forma paucibacilar (casi 80%). A partir de 1986, la incidencia de la lepra ha disminuido a la mitad y oscila entre 0,08 por 1.000 y 0,15 por 1.000. La prevalencia ha mostrado una firme disminución, de 3,2 por 1.000 en 1985 a 1,1 por 1.000 en 1995.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición. La desnutrición proteinoenergética afecta sobre todo a la población negra de la región del Maroni y, en particular, a los niños cuando cesa el período de lactancia. En el Hospital Saint Laurent, en Maroni, se registran entre 15 y 20 hospitalizaciones por año por desnutrición infantil grave (kwashiorkor, ma-

rasmo y formas mixtas). La desnutrición proteinoenergética infantil en la población negra se vincula con una serie de factores, principalmente con el menor interés que despierta la lactancia natural y con sistemas de creencias respecto de la alimentación de los niños.

Tumores malignos. Los cánceres son la principal causa de defunción entre los 35 y los 64 años de edad. En los hombres, los cánceres afectan primordialmente al sistema digestivo, la próstata y las vías respiratorias. En las mujeres, las causas de defunción más frecuentes son los tumores del sistema digestivo (37%) y del cuello del útero (20%).

Trastornos mentales y del comportamiento. En la Guayana Francesa se han llevado a cabo pocos estudios de los residentes que sufren trastornos mentales. Sin embargo, los datos de los hospitales indican que en los últimos años se ha producido un aumento general de este tipo de actividades, especialmente en materia de psiquiatría infantil y juvenil. Los datos revelan que hay un alto porcentaje de pacientes hospitalizados por la fuerza (30,6% en 1993, ante un promedio nacional de 21%), que faltan estructuras apropiadas para tratar enfermedades o minusvalías estabilizadas, lo que entraña hospitalizaciones que no se justifican desde el punto de vista psiquiátrico, y que la cobertura médica de los toxicómanos es una carga onerosa. En 1993, los toxicómanos representaban 22,6% de las hospitalizaciones y 73,0% de las hospitalizaciones hechas por la fuerza. El 50% de los toxicómanos hospitalizados presentan algún grave trastorno psiquiátrico conexo.

De conformidad con un reciente estudio sobre toxicómanos tratados en establecimientos especializados, 7% eran consumidores de "crack" o pasta de coca, 59% tenían entre 20 y 34 años y 66% no tenían trabajo (en comparación con 14% de adictos con empleos estables).

Aunque hay escasez de información sobre la morbilidad relacionada con el consumo de alcohol, parece que 3% de las defunciones se relaciona con este.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Abastecimiento de agua, sistemas de alcantarillado y eliminación de residuos sólidos. Un 85% de la población, que se concentra en la costa, dispone de agua potable, que en general es de muy buena calidad. Las comunidades del interior tienen agua de calidad mediocre, cuando no extremadamente pobre; sus centros de tratamiento son inapropiados o

funcionan en instalaciones con problemas de mantenimiento. Los problemas más graves que afectan a la calidad del agua se relacionan con los parámetros bacteriológicos, la presencia de aluminio, los subproductos de la cloración y la presencia ocasional de mercurio.

Los mecanismos de eliminación de las aguas servidas domésticas no son muy eficaces en la Guayana Francesa. Se estima que únicamente recibe tratamiento 30% de las aguas servidas que se producen. No hay en la Guayana Francesa medios para el tratamiento organizado ni para la recuperación de los desechos domésticos. Los terraplenamientos constituyen la única manera de eliminar los desechos; hay tan solo dos que son objeto de control y ambos están situados en la zona urbana de Cayena. Además, hay unos 20 terraplenamientos rudimentarios comunales y más de 100 terrenos escogidos al azar como vertederos de basura. La mayoría de los terraplenamientos funcionan sin que previamente se hayan realizado estudios sobre las consecuencias de su instalación, y suelen estar en lugares inadecuados.

Control de las enfermedades transmitidas por vectores. La lucha contra la malaria le compete a la Oficina Departamental de Desinfección y abarca el control de los vectores mediante el rociamiento de las casas (de sus paredes), la impregnación de los mosquiteros con insecticidas de acción prolongada, el ataque a concentraciones de parásitos con técnicas de detección activa y el tratamiento de los vectores parasitarios. El sistema de vigilancia se basa en la notificación obligatoria de casos locales e importados de malaria y en su detección activa y pasiva. La Oficina de Desinfección y el Instituto Pasteur de la Guayana Francesa también realizan actividades de vigilancia entomológica. El Instituto Pasteur lleva a cabo estudios entomológicos de los vectores de la malaria y de su sensibilidad a los antibióticos.

Desde la celebración de la Segunda Conferencia de Consenso sobre la Malaria (Cayena, octubre de 1995), las recomendaciones para el tratamiento de la malaria en la Guayana Francesa son la exclusión de la cloroquina como primera medicación y la intensificación del uso de quinina en asociación con doxiciclina, halofantrina o mefloquina.

El Instituto Pasteur es el Centro Nacional de Referencia encargado de la vigilancia del dengue y la fiebre amarilla, así como de la identificación de las cepas víricas. El actual sistema de vigilancia se basa en las serorreacciones solicitadas por los médicos. El control de los vectores efectuado por la Oficina de Desinfección abarca diferentes actividades, tales como el control de los depósitos de larvas mediante visitas periódicas a las viviendas, la inspección y tratamiento de contactos cercanos a casos de serorreacción positiva, y el control de las larvas y el empleo de imagocidas entre los contactos más próximos de pacientes seropositivos. El uso de imagocidas aumenta cuando resurgen los casos de dengue.

Por conducto de los medios de difusión, el departamento nacional de educación y diversas asociaciones, se organizan campañas de educación sanitaria en las que se alienta al público para que participe en la eliminación de los depósitos de larvas.

Inmunización. Dada su situación geográfica y los riesgos de infección por el virus de la fiebre amarilla, la inmunización en la Guayana Francesa es obligatoria desde los 12 meses de edad y comprende una dosis de refuerzo cada 10 años. Desde 1995, todos los centros de salud del departamento están equipados para llevar a cabo este programa de inmunización. La vacunación obligatoria se realiza en forma gratuita en los dispensarios y en los centros de prevención de enfermedades. Además de las vacunas obligatorias (BCG, DPT, antipoliomielítica y contra la fiebre amarilla), el Concejo General se encarga de la cobertura con las vacunas contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola, y contra la hepatitis B a los grupos de alto riesgo de infección.

Programas de salud mental. En el plan regional de psiquiatría, acordado en 1996, se definen los objetivos por alcanzar en los cinco años siguientes. Las prioridades establecidas fueron la creación de nuevas divisiones sectoriales (tres de psiquiatría para adultos y una de psiquiatría para niños y jóvenes), el incremento de las posibilidades de acceso a la atención, sobre todo para los habitantes de comunidades aisladas, y la adopción de medidas para cubrir las emergencias psiquiátricas y asistir a los pacientes peligrosos.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

En la región costera de la Guayana Francesa, donde se encuentran tres centros urbanos (Cayena, Kourou y Saint Laurent du Maroni), vive casi el 80% de la población. La costa cuenta con centros de salud modernos (tres hospitales y tres clínicas privadas), una red de médicos particulares y servicios de prevención administrados por el Concejo General. La población del interior se distribuye principalmente a lo largo de los dos ríos fronterizos y por zonas alejadas de los centros urbanos. En las zonas rurales más remotas, donde no hay médicos particulares ni hospitales, funciona una red de dispensarios de salud pública administrados por el Concejo General. El acceso al tratamiento, que incluye la provisión de medicamentos, es allí enteramente gratuito.

Hay dos hospitales públicos, uno en Cayena (con 526 camas, 80 de las cuales están reservadas a los pacientes psiquiátricos) y el otro en Saint Laurent du Maroni (104 camas). Hay un dispensario privado sin fines de lucro en Kourou (con 65 camas) y tres dispensarios sin fines de lucro en Cayena

(con 81, 45 y 36 camas). En la Guayana Francesa no se practican la cirugía cardíaca ni la neurocirugía y tampoco se tratan las quemaduras graves, de manera que es necesario que los pacientes que requieren este tipo de intervenciones sean enviados a las Antillas o a Francia. Hay nueve centros médicos y, en las zonas remotas, 17 centros de salud satélites atendidos por personal sanitario. En ellos se brinda atención de enfermería y consultas médicas y se mantienen camas para los pacientes a los que es preciso observar. El territorio está dividido en 12 zonas sanitarias definidas aproximadamente por los límites administrativos. Por lo común, los médicos recorren en canoa las rutas de difícil tránsito (viajan así hasta seis horas dentro de una misma zona sanitaria). Los equipos de salud pueden trasladar a los pacientes a hospitales costeros. Las canoas, los aviones, los helicópteros y las ambulancias son los medios empleados para los traslados, según la ubicación del centro y el grado de urgencia de la atención. Los traslados se realizan para efectuar consultas médicas, someterse al examen de especialistas o internarse en un hospital con arreglo a un plan preestablecido y también en casos de emergencia.

Desde 1993 el servicio de seguridad social comparte los costos de funcionamiento de los centros de salud departamentales, que se prorratan sobre la base de un porcentaje estimado de las personas aseguradas residentes en la comunidad.

GUADALUPE

Guadalupe es un archipiélago formado por ocho islas habitadas; las dos más grandes, separadas por un estrecho brazo de mar, son Basse-Terre y Grande-Terre. Las otras islas son de los Santos y María Galante en el sur, la Deseada en el este, y la sección francesa de San Martín y San Bartolomé, unos 230 km al norte.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La salud de los niños ha mejorado mucho en Guadalupe entre 1992 y 1996. Este mejoramiento es más marcado en relación con la mortalidad infantil. Aunque la mortalidad perinatal descendió a una tasa media de 10,1 por 1.000 nacidos vivos en el período comprendido entre 1994 y 1996, la tasa de mortinatalidad se mantuvo alta (7,4 por 1.000). El número de defunciones de niños de 7 a 28 días de edad siguió siendo el mismo (1,9 por 1.000) en ese período. La mortalidad de los menores de 1 año descendió de 10,4 por 1.000 en 1992 a 7,9 por 1.000 en 1995. Las causas más importantes de mortalidad

infantil son las afecciones originadas en el período perinatal (50,0%), las anomalías congénitas (16,0%) y las enfermedades infecciosas y parasitarias (12,5%).

En el período comprendido entre 1987 y 1992, la mortalidad de niños de 1 a 4 años de edad fue provocada por causas accidentales en 42% de los casos. El porcentaje fue esencialmente el mismo para ambos sexos. Otras causas de defunción fueron las infecciones (12,6%) y las malformaciones (12,3%).

A los 3 años de edad, 77% de los niños están inscritos en jardines de infancia y son objeto de exámenes médicos. Durante el año escolar 1994–1995, 1,4% de los niños examinados tenían problemas de lenguaje que requerían tratamiento especializado. De cada 1.000 niños, 8 sufrían deficiencias confirmadas de la audición y 18, trastornos confirmados de la vista (7 tenían estrabismo confirmado).

Los accidentes provocan la mitad de las defunciones en el grupo de 5 a 14 años: 47% entre las niñas y 52% entre los niños. Las causas más comunes de mortalidad en este grupo de edad son los tumores (11,5%) y las enfermedades del sistema nervioso (9,3%).

La salud del adolescente y del adulto joven

Los adolescentes y los adultos jóvenes (entre los 15 y los 24 años de edad) representan 16% de la población de Guadalupe. La tasa de desempleo en este grupo de edad es de 48%. El 86% de los jóvenes de 15 a 19 años están inscritos en colegios. Un estudio de las defunciones registradas en el período comprendido entre 1987 y 1990 indica que 2,7% se producen en este grupo de edad. Con un promedio anual de 62 muertes, la tasa de mortalidad correspondiente a este grupo es de 0,7 por 1.000 (1,2 por 1.000 en los hombres y 0,3 por 1.000 en las mujeres).

Los accidentes de tránsito provocan una de cada tres muertes en este grupo de edad. Les siguen, en orden de importancia descendente, las causas mal definidas y otros accidentes, con sus efectos tardíos (28%), los tumores (7,3%), y las enfermedades del sistema circulatorio y trastornos del sistema nervioso y de las vías respiratorias. Los adolescentes son los más afectados por accidentes de vehículos de dos ruedas, que en promedio causan 37% de las defunciones y 47% de las lesiones graves que sufren por año. Al grupo de 15 a 24 años también le corresponde una elevada proporción de las víctimas de accidentes de vehículos de motor (21% de las defunciones y 26% de las lesiones graves).

Un estudio realizado entre 1993 y 1994 en el Hospital Universitario de Pointe-à-Pitre reveló que se habían registrado 71 ingresos por intentos de suicidio de adolescentes de 15 a 19 años. Los factores de riesgo identificados fueron una historia clínica previa de problemas psicológicos (42%), fracasos fre-

cuentes en la escuela (50%), una alta incidencia de familias desintegradas (76% eran hijos de parejas divorciadas) y antecedentes de intentos de suicidio de parientes cercanos (7,5%). Otros factores de riesgo notificados a menudo fueron el incesto y la violación. Eran frecuentes los intentos de suicidio reiterados (30% de los casos) a los cuatro meses y medio del anterior, en promedio.

En el período comprendido entre 1989 y 1991, las enfermedades plenamente cubiertas por el sistema de seguro médico representaron 4% de las hospitalizaciones de personas de este grupo de edad. Las principales causas de hospitalización fueron los trastornos mentales (46% de los casos), las cardiopatías congénitas y valvulares (7,6%), las hemoglobinopatías (7,5%) y la diabetes y escoliosis progresiva (6,2%).

En 1992, 5,4% de los embarazos se produjeron en menores de 18 años. Sin embargo, entre 1982 y 1992 la tasa de fecundidad descendió de 45 por 1.000 a 29 por 1.000 en el grupo de 15 a 19 años y de 149 por 1.000 a 98 por 1.000 en el grupo de 19 a 24 años.

La salud del adulto

Durante el período comprendido entre 1987 y 1990, las principales causas médicas de defunción de adultos de 15 a 60 años fueron las enfermedades cardiovasculares (33%), los tumores (19%), los traumatismos (12%), las causas mal definidas (7%), las enfermedades del sistema digestivo (6%) y las afecciones respiratorias (5%). El orden difiere para el grupo de 15 a 34 años de edad, en el que las causas accidentales y los accidentes de tránsito y de otro tipo son las dos primeras causas de muerte, seguidas por el suicidio y las infecciones por el VIH. Entre 1987 y 1990 se registraron 800 defunciones de personas menores de 65 años. Las principales causas de estas muertes prematuras fueron los accidentes, las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores. Alrededor de la mitad de estas defunciones (424) eran evitables: 228 con el cambio de comportamientos de alto riesgo y 196 con un mejor reconocimiento sistemático o una atención apropiada del sistema de salud.

Una encuesta de morbilidad hospitalaria realizada en 1992 y 1993 en las salas de estancia breve indica que la hipertensión, la diabetes y el alcoholismo son las enfermedades que más frecuentemente se asocian con la hospitalización.

La salud del adulto mayor

Cuando se realizó el censo de 1990, las personas de 60 años y más representaban 11,7% de la población total; en 1995, este sector de la población era de 12,3%. Prácticamente todos los que tienen 60 años y más viven en su hogar, como conse-

cuencia de la protección que brindan los modos de vida tradicionales y de la existencia de una política estatal de atención en el hogar. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad (43%) en este grupo, seguidas por los tumores (20%) y las afecciones mal definidas (9%). La diabetes y la hipertensión representan 56% de la cobertura por enfermedades crónicas; les siguen el cáncer, los accidentes cerebrovasculares y las arteriopatías crónicas progresivas.

La salud reproductiva

En Guadalupe, la tasa de fecundidad descendió 27% entre 1984 y 1994. Las tasas disminuyeron un tercio entre las mujeres de 15 a 19 años y de 20 a 24 años, y una cuarta parte entre las de 25 a 29 años de edad. La tasa de fecundidad de las mujeres de 30 años y más se mantuvo constante.

Los datos reunidos en centros de planificación y de educación familiar indican que 75% de los usuarios recurren a anticonceptivos orales, 8% a dispositivos intrauterinos (DIU) y 17% a otros métodos. Una encuesta sobre mortalidad perinatal realizada en 1984 y 1985 indicó que la proporción de abortos era de 26% entre la población femenina en edad de procrear. En 1994, la tasa de abortos fue de 30 por 100 concepciones. La tasa de mortalidad materna fue de 51,4 por 100.000 nacidos vivos durante el período comprendido entre 1987 y 1990.

La salud de la familia

En Guadalupe, la característica más saliente de las familias es el papel que desempeñan las que forman padres solteros (la tercera parte de las familias); en 86% de los casos una mujer es cabeza de familia. La tercera parte de los menores de 17 años se cría en familias de padres solteros. Mediante medidas especiales se procura fomentar que los niños sean cuidados mientras los padres trabajan (ayuda para inaugurar guarderías y asistencia financiera a los padres que recurren a prestadores de atención matriculados), proporcionar a las familias necesitadas asistencia financiera para cubrir las necesidades básicas de sus hijos, y permitir que los niños vayan a la escuela desde pequeños.

La salud de los discapacitados

En 1992, una muestra elegida al azar en los registros de la Comisión Departamental de Educación Especial puso de manifiesto que el retardo mental moderado o leve era la más común de las discapacidades (con una tasa de 5,1 por 1.000 y 4,8 por 1.000, respectivamente); le seguían las discapacidades

motoras periféricas (1,3 por 1.000), las discapacidades motoras extendidas (1,2 por 1.000) y las discapacidades múltiples (1,2 por 1.000).

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. Todos los años se producen en Guadalupe cuatro o cinco casos importados. Hubo graves brotes de dengue en el segundo semestre de 1992 y de 1994. En 1994 se aisló el virus del dengue-2. En 1995 se registraron siete casos de dengue hemorrágico, tres de ellos mortales. La seropositividad es mayor de 30% durante los brotes epidémicos.

La única forma de esquistosomiasis que se encontró fue *Schistosoma mansoni* (bilharziasis intestinal). Los principales sitios de transmisión fueron erradicados mediante una campaña biológica dirigida contra el molusco vector (*Planorbis*).

Enfermedades inmunoprevenibles. En los últimos años no se registraron casos de poliomielitis ni de difteria. Desde el establecimiento de la red de vigilancia del sarampión en 1992, no se notificó ningún caso confirmado por prueba serológica entre ese año y octubre de 1996, cuando estalló una epidemia. A fines de marzo de 1997 se habían confirmado por prueba serológica 85 casos, de los cuales 79% correspondieron a escolares de 10 a 19 años de edad. No hubo casos en niños menores de 1 año. De los casos confirmados, 17% habían sido vacunados.

No se han descubierto casos de tétanos neonatal en el período comprendido entre 1992 y 1996. En 1994 se produjeron dos defunciones por tétanos (una anciana de 80 años y una mujer extranjera no vacunada).

Los síndromes de influenza en su conjunto se controlaron mediante una red de médicos centinelas; la vigilancia de la influenza mediante la búsqueda nasofaríngea del virus se instituyó en marzo de 1996. De esta forma, se confirmó la existencia de una epidemia a principios de octubre de 1996 y se estableció la presencia de la cepa H3N2 del tipo A del virus.

Las muestras de sangre donada que se tomaron en 1989 mostraron una prevalencia de 2,9% de la hepatitis B. Estos alentadores resultados se obtuvieron gracias a los rigurosos procedimientos de selección de los donantes establecidos para aumentar la seguridad del producto de las transfusiones de sangre. Las pruebas positivas de hepatitis C en muestras de sangre donada descendieron de 21,8% en 1990 a 0,9% en 1993 y a 0,07% en 1996.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. En Guadalupe no hubo casos de cólera y las enfermedades

diarreicas ya no son más un problema de salud pública, como consecuencia de la alta calidad del sistema de abastecimiento de agua y del control de los productos alimentarios.

Infecciones respiratorias agudas. La tasa de infecciones respiratorias agudas es de 0,5 por 1.000 para los niños menores de 5 años. Un estudio efectuado en 1993 en escolares de 6 a 12 años de edad puso de manifiesto una prevalencia de 13,6% de asma en la región de Basse-Terre.

Rabia y otras zoonosis. No se han descubierto casos de rabia en Guadalupe. La leptospirosis es endémica y cada año se registran de cinco a seis casos. En 1996 fueron notificados 19 casos, incluidas dos defunciones.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Al 31 de diciembre de 1996 se habían notificado en total 731 casos de sida en Guadalupe. La proporción de mujeres afectadas es alta. La transmisión es heterosexual en 63% de los casos y la tasa de infección de la madre al feto es de 3%. El grupo de 20 a 39 años de edad acumulaba 53% de los casos y 59% del total habían muerto. En 1994 se encontró una tasa de seroprevalencia del VIH de 2% entre 1.469 personas examinadas en centros de reconocimiento sistemático.

En una encuesta realizada en 1996 en los centros de planificación familiar y de lucha contra las enfermedades venéreas se comprobó que la tasa de prevalencia de *Chlamydia trachomatis* en el grupo de menores de 25 años era de 14,3%.

Tuberculosis y lepra. Los brotes de tuberculosis de 1990 y 1991 causaron 18,3 y 16,2 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Esta situación fue seguida por la declinación de la incidencia global de esta enfermedad, que se estabilizó en una tasa media de 10,8 por 100.000 entre 1994 y 1996. Esta disminución de la incidencia resulta visible fundamentalmente entre las mujeres. No se detectaron casos en menores de 15 años. La tasa de inmunización con BCG es de 90% para los niños de 1 año. Los dos grupos más afectados son los grupos de mayores de 65 años y de 24 a 44 años (28 y 16 por 100.000, respectivamente). Una cuarta parte de los casos nuevos de tuberculosis ocurren en la población de extranjeros. La mitad de los casos son contagiosos y muestran la presencia del bacilo de Koch tras un examen directo. La tasa de coinfección por tuberculosis/VIH es de 27%. Un estudio de la resistencia a los antibióticos que llevó a cabo el Centro de Estudios Micobacterianos del Instituto Pasteur reveló un caso de polifarmacoresistencia.

La tasa de incidencia de la lepra (7 casos nuevos en 1995 y 10 en 1996) sigue siendo baja. En los dos últimos años, 14 de los 17 casos se produjeron en hombres. Todos los casos nuevos se han encontrado en personas mayores de 15 años. Predominan las formas bacilogénicas (en 9 de los 17 casos). En

1995 había en fichero activo alrededor de 700 casos: 20% por tratamiento y 80% por vigilancia posterior al tratamiento.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Diabetes. Dado que la prevalencia de la diabetes se estima en 6,6% y que son numerosas las complicaciones asociadas con esta enfermedad, se organizó en 1996 un plan de acción quinquenal para abordar este problema en Guadalupe.

Enfermedades cardiovasculares. En el período comprendido entre 1987 y 1992, todos los años se registraron en promedio 740 defunciones por enfermedades cardiovasculares, que se constituyen así en la principal causa de muerte (33% de todas las defunciones). Las afecciones cardiovasculares producen una de cada cinco defunciones de personas menores de 65 años. Las afecciones cerebrovasculares provocan en promedio 320 defunciones por año, que representan 43% del total de muertes por enfermedades cardiovasculares.

La hipertensión es la enfermedad que más a menudo requiere hospitalización. Los accidentes cerebrovasculares provocan 9% de los ingresos hospitalarios por enfermedades del aparato circulatorio. En 40% de estos casos, la hospitalización se prolonga por más de 10 días. Las afecciones cardiovasculares constituyen 41% de las enfermedades por las cuales los pacientes reciben plena cobertura del sistema de seguro médico.

Tumores malignos. El cáncer es la segunda de las causas de mortalidad más comunes. El cáncer de próstata en los hombres, el del cuello del útero en las mujeres y el de estómago en ambos sexos son muy frecuentes. Los ingresos en hospitales por cáncer representan 5% de las hospitalizaciones.

Accidentes y violencia. Los accidentes de tránsito plantean en Guadalupe un problema prioritario de salud pública. En promedio, cada año mueren 98 personas y sufren heridas graves 568 (que requieren más de seis días de hospitalización). Un 63% de las defunciones por accidentes de tránsito ocurren en el grupo de edad de 15 a 44 años. Los peatones y los conductores de vehículos de dos ruedas representan, respectivamente, 22% y 33% de las defunciones por accidentes de tránsito. El grupo de personas de 15 a 44 años representa 69% de los que sufren lesiones graves.

En 1993, hubo 1.565 víctimas de accidentes de trabajo; 10% de estos accidentes fueron graves o mortales.

Las principales víctimas de accidentes en el hogar son niños menores de 5 años. Las causas más frecuentes son las intoxicaciones con productos de uso doméstico, las caídas y las quemaduras. En 1996 se notificaron 423 casos de mal-

trato de menores. En 87% de los casos denunciados a las autoridades judiciales, las víctimas fueron trasladadas de inmediato debido a la situación de violencia extrema o de abuso sexual.

Consumo de alcohol, tabaco y drogas. Entre 1987 y 1990, un promedio de 150 defunciones por año se atribuyó a problemas relacionados con el alcohol. La razón hombre/mujer es de 8:2 entre los alcohólicos. El alcoholismo crónico es la cuarta de las causas más frecuentes de muerte prematura (es decir, antes de los 65 años) y la tercera de las afecciones más comunes que se vinculan con la hospitalización. Entre los procesos patológicos vinculados con el alcohol, la psicosis alcohólica representa aproximadamente 45 defunciones por año. El promedio anual de muertes por cáncer del tracto digestivo superior y por cirrosis de hígado es de 55 y 50, respectivamente.

Durante el período comprendido entre 1987 y 1990 se registraron en promedio 150 muertes anuales relacionadas con el tabaco. De las víctimas, 60% fueron hombres y 40% mujeres, aunque la degradación física varía según el grupo patológico. Aumentan los cánceres de tráquea, bronquios y pulmón, especialmente entre las mujeres.

En Guadalupe se ha producido una transición de la dependencia de la marihuana a la dependencia del crack o pasta de coca. Ha aumentado el número de toxicómanos tratados por los servicios médicos y sociales y el de personas sometidas a interrogatorio por consumir drogas y traficar con ellas. La población que consume drogas es joven (62% tenía menos de 30 años y 47% menos de 25 años en 1994), principalmente del sexo masculino (92%), y a menudo forma parte de la población no activa (dos terceras partes de los casos). En 1994, las dos sustancias más comúnmente usadas eran la marihuana (64%) y el crack (26%).

Desastres naturales. Guadalupe está situada en una zona de alto riesgo en lo que se refiere a desastres naturales como huracanes, erupciones volcánicas y terremotos. Los huracanes entrañan una amenaza todos los años. En 1989, el huracán Hugo provocó daños considerables, al igual que los huracanes Luis y Marilyn en 1995.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Servicios de salud y recursos

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

El sistema de salud de Guadalupe está organizado en torno de 25 establecimientos de salud: 10 pertenecen al sector pú-

blico (un hospital universitario regional, cinco hospitales, un hospital de psiquiatría, dos hospitales locales y un hospital de larga estancia) y 15 son clínicas privadas, con fines de lucro, que funcionan en Basse-Terre y Grande-Terre. En enero de 1996 la capacidad de atención médica por corto plazo, de cirugía y de asistencia ginecobstétrica era de 1.146 camas en el sector público y de 900 en el privado. Había 417 camas en hospitales públicos y 21 en clínicas privadas para pacientes psiquiátricos y se disponía de 214 camas en aquellos y de 209 en estas para seguimiento y rehabilitación.

En las dos islas principales se brinda atención especializada, que comprende: ingreso y tratamiento de casos de urgencia, reanimación, atención y reanimación neonatal, tratamiento de la insuficiencia renal crónica (en 1996 estaban sometidos a diálisis 322 pacientes y se habían realizado siete trasplantes de riñón) y tratamiento ginecobstétrico.

MARTINICA

Martinica es la más septentrional de las Islas de Barlovento; las islas vecinas más próximas son Dominica al norte y Santa Lucía al sur. Martinica abarca una superficie montañosa de 1.130 km², cuya característica física más destacada es la Montagne Pelée, un volcán inactivo de 1.400 m de altura. La capital administrativa y comercial es Fort-de-France.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La tasa de mortalidad infantil de Martinica se redujo a la mitad en 10 años y en 1995 fue de 5,8 defunciones por 1.000 nacidos vivos. En 1996 la mortalidad perinatal se mantuvo en 11,4 por 1.000 nacimientos en total. Ese mismo año la tasa de nacimientos prematuros fue de 8%. La proporción de recién nacidos con menos de 2.500 gramos de peso fue de 9,4%; la correspondiente a los que pesaban menos de 1.500 gramos al nacer fue de 1,3%. En 1995, 699 lactantes (12% del total de nacimientos) fueron hospitalizados en salas neonatales; de ellos, 2,6% murieron durante el período neonatal. Las principales causas de defunción fueron la extrema prematuridad y las infecciones.

En el período comprendido entre 1987 y 1990 se produjeron en promedio 60 muertes por año entre los niños de 1 a 4 años (2,8% de las muertes totales). Las defunciones fueron atribuidas a traumatismos externos, enfermedades mal definidas, enfermedades del sistema nervioso, afecciones de las vías respiratorias y tumores.

Una encuesta realizada en 1997 sobre cobertura inmunitaria de niños de 1 año indicó que 83% estaban vacunados con la BCG, 97% con la DPT y la antipoliomielítica y 78% con virus inactivados contra la hepatitis B; esta última vacuna se incorporó al programa de inmunización en 1994.

La asistencia a la escuela es obligatoria desde los 6 años de edad. Sin embargo, una cuarta parte de los niños de 2 años y casi todos los mayores de 3 años concurren a la escuela.

En el período comprendido entre 1987 y 1990 se registraron en promedio 35 defunciones anuales entre los niños de 5 a 14 años de edad (1,6% de la totalidad de las defunciones). Más de la mitad se debieron a traumatismos externos y a tumores. Los ingresos en hospitales de niños de este grupo de edad tuvieron tres causas principales: afecciones respiratorias (24%), enfermedades del sistema digestivo (18%) y traumatismos e intoxicaciones (9%). Se produjo un aumento de las enfermedades alérgicas, incluida el asma. Cada año se notifican entre 400 y 500 casos de varicela, sobre todo en niños en edad de asistir a la escuela primaria.

La salud del adolescente y del adulto

Están inscritos en colegios casi 100% de los jóvenes de 15 a 19 años y 42% de los que tienen entre 20 y 24 años. El desempleo es más alto en este último grupo de edad: en 1996 llegó a 52%.

En el período comprendido entre 1987 y 1990 se produjeron en promedio 45 defunciones anuales entre los jóvenes de 15 a 24 años, con una razón hombre/mujer de 3:1. Los accidentes de tránsito y otras formas violentas de muerte predominan entre los hombres (69% de las defunciones en el grupo de 15 a 24 años); los tumores son la causa de 8% de las muertes. En las mujeres de este grupo de edad predominan las causas externas de traumatismo, primordialmente el suicidio (46% de las defunciones).

Las muertes acaecidas antes de los 65 años de edad representan 29% de las defunciones totales, con una prevalencia mayor en los hombres (35%) que en las mujeres (21%). Las causas externas de traumatismo (accidentes, suicidio y violencia), los tumores, las enfermedades del sistema circulatorio y las afecciones relacionadas con el alcohol representan 75% de estas muertes. La preponderancia de tumores y de trastornos del sistema circulatorio es mayor en las mujeres que en los hombres, pero ocurre lo contrario con respecto a los traumatismos y el alcoholismo. Parece posible evitar casi la mitad de estas defunciones. Las de los hombres podrían evitarse modificando modos de comportamiento de alto riesgo. La tasa de mortalidad de las mujeres podría ser menor si contaran con una cobertura más eficaz del sistema de atención de salud.

Una encuesta sobre morbilidad hospitalaria realizada en 1992 y 1993 puso de relieve que más de la tercera parte de las

estancias en hospitales de las mujeres de 15 a 64 años, se relacionaban con la maternidad. Le seguían las enfermedades genitourinarias (11%) y los trastornos digestivos (9%). Entre los hombres de la misma edad, 21% de los ingresos hospitalarios se debieron a traumatismos o intoxicaciones, y 14% a enfermedades del sistema circulatorio. Entre las enfermedades para las cuales la seguridad social cubre la hospitalización de pacientes de 15 a 34 años se encuentran los trastornos mentales (37%), la diabetes (9%), la drepanocitosis (8%) y la insuficiencia cardíaca (8%). La diabetes, la hipertensión grave y los trastornos mentales son las principales afecciones que requieren hospitalización en el grupo de edad de 35 a 64 años.

La salud del adulto mayor

En 1996, 15% de la población de Martinica tenía 60 años y más. Las principales causas de defunción de estas personas son las enfermedades cerebrovasculares, el cáncer de próstata y la insuficiencia cardíaca en los hombres y las enfermedades cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca y la diabetes en las mujeres. El cáncer, la hipertensión y la diabetes son las enfermedades más frecuentes. Los ingresos en hospitales aumentan mucho con la edad y los adultos mayores de 65 años representan 23% de las estancias breves en las salas de estos establecimientos.

En Martinica, la población de edad avanzada todavía está sólidamente incorporada al seno familiar. El 37% de las personas de 75 a 85 años viven en su casa. La población de 75 años y más reside en las zonas urbanas y su periferia y, en un 28%, en la capital.

Los esfuerzos desplegados por reducir el número de viviendas insalubres han permitido mejorar las condiciones básicas de higiene que se proporcionan a este grupo de población. Únicamente 16% de las personas de 60 años y más carecen de inodoros en el interior de la vivienda, y 6% no tienen acceso a una fuente de agua potable. Las dos terceras partes de este grupo de edad tienen casa propia y 2% viven en instituciones o como pensionistas en el seno de alguna familia.

La salud reproductiva

Se estimó que las mujeres en edad de procrear eran 104.200 (52% de la población femenina) en 1996. La tasa de fertilidad fue de 1,8 niños por mujer en 1994, en comparación con 2,1 en 1990. En 1995 la tasa de natalidad fue de 14,4 por 1.000. Los partos correspondientes a mujeres menores de 15 años son excepcionales (1 entre 1.000). Los partos correspondientes a mujeres menores de 18 años representan alrededor de 2% de los nacimientos.

Los métodos anticonceptivos son accesibles para todas las mujeres por medio del sistema médico privado, el Servicio de Asistencia Maternoinfantil o los centros de planificación familiar. Durante 1996, la Asociación para la Información y la Orientación de la Familia de Martinica, una institución privada de planificación familiar, fue consultada por 11.312 mujeres, 95% de las cuales estaban interesadas en los anticonceptivos. Se prescribe la píldora a 78% de las mujeres; 18% utiliza dispositivos intrauterinos (DIU).

El sistema de atención sanitaria ofrece plena cobertura a las mujeres embarazadas para que realicen siete visitas médicas prenatales. El porcentaje de mujeres que se controlan rara vez o mal (menos de cuatro visitas) oscila entre 7% y 8,5%. En 1996, casi todos los partos tuvieron lugar en un hospital o una clínica (0,3% en el hogar). Los hospitales públicos atienden 68% de los partos; el 32% restante se realiza en clínicas privadas. La tasa de operaciones cesáreas es de 14% en el sector público y de 16% en el sector privado. El porcentaje de embarazos múltiples es estable: 1,3% en 1996. La tasa de mortalidad materna fue de 54 defunciones por 100.000 nacimientos en el periodo comprendido entre 1987 y 1993.

Los abortos, que desde 1982 son legales hasta la décima semana de embarazo, son casi 2.000 por año. En 1994 se registraron 23 abortos por cada 100 embarazos. Un estudio de los registros estadísticos de 1992 indica que la mayor parte de los abortos se producen en mujeres de 20 a 30 años (las menores de edad representan 5%). Estas mujeres muy frecuentemente son solteras (72%) y 62% son estudiantes o empleadas a sueldo. Las dos terceras partes han estado embarazadas previamente y una quinta parte ha tenido un aborto anterior. Aunque los abortos no se practican oficialmente en el sector privado, es allí donde se llevan efectivamente a cabo, porque las listas de espera en el sector público son demasiado largas. Se estima en 20% el porcentaje de solicitudes de abortos que resultan denegadas.

La salud de la familia

El censo de población de 1990 reveló que el tamaño de las unidades familiares había disminuido mucho en Martinica: las familias compuestas por seis personas o más eran 14%, en comparación con 30% del censo de 1974. Además, la cohabitación de personas de varias generaciones es menos frecuente que en el pasado. En 1990, casi cuatro de cada cinco familias tenían una estructura muy sencilla: personas que vivían solas (21%), adultos con hijos pero sin pareja (16%) y parejas con hijos (32%) o sin hijos (10%). Por otra parte, 39% de los niños vivían en casas de progenitores solteros. Esta situación se vincula con la tradición (las mujeres crían a sus hijos solas) y con un fenómeno más reciente: la disolución de las

parejas. Por otra parte, 77% de los menores de 7 años provienen de hogares en los que ambos progenitores (o el progenitor soltero) ejercen alguna profesión.

La salud de los discapacitados

La tasa de prevalencia de discapacidad en niños de 10 a 19 años es de 12,6 por 1.000. Las deficiencias más frecuentes son las intelectuales (36%) y otras alteraciones psicológicas (21%). Hay alrededor de 100 niños que están gravemente afectados y sufren varias minusvalías. Más de la mitad de estos niños han sido colocados en instituciones especializadas o son vigilados institucionalmente. El número de adultos (personas de más de 20 años) discapacitados se estima en 15.000. Más de 5.000 reciben un subsidio para adultos impedidos. Menos de 3% viven en instituciones especializadas.

Una encuesta realizada en 1994 reveló que los defectos de la vista afectaban a un porcentaje de la población discapacitada de 20 a 60 años de edad estimado en 5%.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. En Martinica, la malaria es enteramente importada y su incidencia anual es baja. No se han registrado casos de fiebre amarilla. El Laboratorio de Higiene Departamental hizo posible que la vacuna contra la fiebre amarilla se aplicara a 3.164 personas en 1995 y a 3.951 en 1996.

Todos los años se producen epidemias de dengue. La incidencia anual del dengue-1 y del dengue-4, que había sido de aproximadamente dos casos por 10.000 habitantes en 1993, aumentó a 14 por 10.000 en 1995 como consecuencia de la intensa actividad de los huracanes. En 1996 hubo nueve casos por 10.000 habitantes. Todos ellos fueron confirmados por pruebas serológicas. El número de casos empezó a aumentar rápidamente entre agosto y septiembre, y alcanzó su valor máximo en diciembre y enero. En 1995 se registraron tres casos de dengue hemorrágico, uno de ellos mortal. En 1996 se notificaron 14 casos, ninguno mortal.

Enfermedades inmunoprevenibles. Durante más de 10 años no se han notificado casos de poliomielitis, difteria o tos ferina. En cuanto al sarampión, los casos notificados afectaron sobre todo a niños de una edad promedio de 9 años. Los casos confirmados por laboratorio fueron 8 en 1995 y 13 en 1996. Una encuesta sobre cobertura de inmunización que llevaron a cabo las autoridades departamentales en enero de

1997 demostró que esta era de 90% en todo el departamento. No ha habido casos de tétanos neonatal desde fines de los años setenta. Sin embargo, se presentan casos de tétanos entre las personas de edad avanzada (11 por año) como consecuencia de su pérdida de inmunidad vacunal. Desde 1990 se aplica la vacuna SPR (sarampión, parotiditis, rubéola) en campañas sistemáticas de inmunización. Desde 1995, la red de vigilancia médica ha notificado síndromes de influenza a la Oficina Departamental de Salud y Asuntos Sociales. En 1996 se notificaron 10.064 casos.

En febrero de 1992 se decretó la obligatoriedad de realizar la prueba del antígeno superficial del virus de la hepatitis B (HBsAg) durante el sexto mes del embarazo. Una encuesta sobre seroprevalencia que se llevó a cabo con una muestra de 492 mujeres que habían dado a luz en 1993 reveló que la prevalencia del HBsAg era de 0,6%. Una segunda encuesta realizada por Asistencia Maternoinfantil entre agosto de 1992 y junio de 1993 con 1.000 mujeres embarazadas mostró una prevalencia de 1,13%. En Martinica, la hepatitis C afecta a un número de personas estimado en 3.000. Hasta marzo de 1996 habían ingresado en el sector correspondiente 44 pacientes con hepatitis C crónica.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales.

No se han notificado casos de cólera en Martinica.

Salmonella es el agente etiológico más común de las intoxicaciones por alimentos (abarca 68,1% de las fuentes cuando se ha identificado el agente causal). El número de casos de *S. typhi* se reduce en forma continua, lo que confirma la desaparición de las grandes epidemias de fiebre tifoidea y paratifoidea, considerada durante mucho tiempo la enfermedad transmisible más importante en Martinica. En promedio, se notifican 14 casos por mes; la cifra máxima (30 casos) se registra en el mes de agosto.

Entre agosto de 1995 y julio de 1996 fueron hospitalizadas 14 personas con ciguatera, y se notificaron, aunque no se admitió su hospitalización, otros 32 casos de esta enfermedad. La tasa de incidencia anual es de 1,2 casos por 10.000 habitantes. Con una alta incidencia a lo largo del año, las epidemias de gastroenteritis vírica son la causa principal de diarrea en Martinica. En los últimos seis años se ha registrado una reducción de los casos de anquilostomiasis y de oxiuriasis, de 90% y 80% respectivamente, como consecuencia de una mejor higiene, de las actividades preventivas y de los exámenes sistemáticos practicados por la Oficina Departamental de Salud y Asuntos Sociales. Aunque los grupos de población más vulnerables (reclutas y trabajadores agrícolas) son examinados en forma sistemática, los resultados de estos exámenes no se pueden aplicar a la población en su conjunto precisamente porque se refieren a grupos de alto riesgo. Se detectó poliparasitismo (anquilostomiasis y oxiuriasis o *Schistosoma mansoni*) en 5% de los casos.

Tuberculosis y lepra. La incidencia de la tuberculosis bajó de 66 casos en 1982 a 33 en 1995. Un estudio retrospectivo de los 178 casos de tuberculosis registrados entre 1990 y 1995 demuestra que la edad media de los pacientes ha descendido de 57,5 años en 1991 a 48,4 años en 1995, probablemente como consecuencia de la coinfección por el VIH. La forma más frecuente de la enfermedad es la pulmonar (82%). De los 169 casos documentados, 6% han sufrido una recaída. La mayor parte (92%) de los casos se producen entre naturales de Martinica. Aunque el número de tuberculosos infectados por el VIH ha ido en descenso desde 1993, las personas VIH positivas corren 900 veces más riesgo de contraer tuberculosis que las VIH negativas. Las formas extrapulmonares de la enfermedad se encuentran particularmente entre los coinfectados por el VIH.

De los 195 casos de lepra tratados en las instituciones de salud, 92% fueron atendidos en el curso de 1996. De los 458 pacientes que están en observación pero no son tratados, 79,2 fueron examinados en 1996.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. La epidemia de sida en Martinica plantea un problema prioritario de salud pública. Hasta el 1 de enero de 1997 se habían notificado 402 casos de sida: 26% en mujeres y 74% en hombres. Desde el comienzo de la epidemia han muerto 262 personas a causa del sida. La seropositividad por el VIH no se notifica; únicamente se comunicaron los casos de sida declarados.

Hubo 44 casos nuevos de sida en 1992, 43 en 1993, 49 en 1994, 38 en 1995 y 35 en 1996. La epidemia se ha estabilizado y probablemente esté en declinación. El porcentaje de infección heterosexual es de 82% en las mujeres y de 60% en los hombres (64% para ambos sexos en conjunto). El predominio de la transmisión heterosexual no se debe a la subrepresentación de otros grupos, sino al aumento de esta forma de transmisión. Una encuesta realizada en 1994 sobre el comportamiento sexual de la población de las Antillas y la Guayana Francesa puso de relieve la importancia de los constantes cambios de pareja sexual en los departamentos franceses. No ha habido en Martinica ninguna clase social o profesional ni ningún grupo de edad que haya escapado de la epidemia de sida.

Como consecuencia de la estricta reglamentación a que están sometidas las transfusiones de sangre, el virus ya no se transmite por esta vía. La mejor cobertura de las embarazadas seropositivas ha reducido la transmisión del virus de la madre al hijo en 10% aproximadamente; en la actualidad hay 14 niños infectados.

En Martinica hay un plan departamental de lucha contra el sida. Se destinan 6 millones de francos para la prevención y 20 millones de francos para el tratamiento. En Martinica se proporciona una terapéutica progresiva. El tratamiento triple comenzó a aplicarse en junio de 1996 y suman unos 250 los

pacientes que reciben tratamiento doble o triple. Unas 400 personas están sometidas a controles de seropositividad en todas sus etapas y en la actualidad se mide de manera sistemática la carga vírica de los pacientes.

Enfermedades transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Durante más de 10 años no se han notificado enfermedades relacionadas con deficiencias nutricionales. Sin embargo, un nivel socioeconómico más elevado ha traído aparejados cambios en los hábitos alimentarios que, a su vez, se vinculan con las enfermedades propias de comer en demasía (obesidad, diabetes y colesterol alto). Cada año se producen en promedio 85 muertes provocadas por la diabetes (4% del total de muertes). La diabetes representa 22% de las hospitalizaciones plenamente cubiertas por el sistema de seguridad social.

Enfermedades cardiovasculares. Las afecciones cardiovasculares son la principal causa de muerte en Martinica. En el período comprendido entre 1990 y 1992 provocaron, en promedio, 740 muertes anuales (30% del total de defunciones). La influencia de las afecciones cardiovasculares en las muertes prematuras (es decir, en las producidas entre 1 y 64 años de edad), es la misma para los hombres que para las mujeres: estas afecciones representan 21% de las muertes prematuras.

Con arreglo al Código de Seguridad Social se proporciona cobertura a 30 enfermedades "largas", es decir, que requieren un tratamiento prolongado y caro. Las afecciones cardiovasculares, principalmente la hipertensión aguda y los accidentes cerebrovasculares, representan 40% de los ingresos por largo plazo que se registran todos los años. Las afecciones cardiovasculares también representan 8% de los ingresos por corto plazo, por lo que ocupan el cuarto lugar entre los motivos de hospitalización. Se estima que 20% del conjunto de la población padece hipertensión.

Tumores malignos. Cada año se registran unas 500 defunciones provocadas por tumores malignos; los tumores son la causa de una cuarta parte de las defunciones de hombres y de una quinta parte de las de mujeres. Las tasas normalizadas de mortalidad por cáncer se redujeron 10% en los años ochenta. Desde 1981 se consignan todos los casos de cáncer en el departamento. La incidencia del cáncer en Martinica es menor que la que se encuentra en otras regiones y países del mundo.

Entre los hombres, la tasa de cáncer de próstata es alta y va en aumento. Si bien los cánceres de oído, nariz y garganta

están especialmente extendidos, la incidencia de los cánceres broncopulmonares es baja. Entre las mujeres, la incidencia del cáncer del cuello del útero es muy alta y la del cáncer de la mama algo más baja. Aunque para ambos sexos la incidencia del cáncer de esófago y estómago es alta, se presentan pocos casos de cáncer de colon y recto. El registro de cánceres indica que entre 1981 y 1990 se produjeron 151 casos de tumor de la cavidad bucal en los hombres y 30 en las mujeres.

Accidentes y violencia. Hubo un promedio anual de 51 muertes por accidentes de tránsito entre 1991 y 1994. Aunque las tasas de mortalidad se han estabilizado desde 1992, la cantidad de lesiones graves va en aumento. De todas las muertes por accidentes de tránsito producidas en 1994, 34% fueron de conductores de vehículos de dos ruedas, 48% de conductores de automóviles y 19% de peatones. Los accidentes de tránsito graves en los que intervienen vehículos de dos ruedas son más frecuentes entre adolescentes y adultos jóvenes. La mayor parte de los peatones víctimas de accidentes tienen menos de 15 años.

En 1993 hubo 2.722 accidentes de trabajo. Se registraron ocho muertes (seis en viajes) y 112 accidentes produjeron efectos tardíos.

Durante el período 1987–1990 se registró un promedio de 40 suicidios (1,9% de las defunciones) por año. La tasa de suicidio es más alta entre los hombres mayores de 65 años. La tasa de mortalidad por suicidio aumentó entre los hombres, pero bajó levemente entre las mujeres a partir del período 1987–1990. Se notificó un promedio anual de siete homicidios en el período 1987–1990.

Abuso de sustancias tóxicas. Entre 1990 y 1992 se registró un promedio de 131 defunciones relacionadas con el consumo de alcohol, que representaron 6% de todas las muertes. Las defunciones relacionadas con el consumo de alcohol representan 9,2% de las muertes de hombres y 2,2% de las de mujeres. El más afectado es el grupo de 45 a 64 años de edad.

En el período comprendido entre 1990 y 1993 se registró un promedio anual de 147 defunciones atribuibles al consumo de tabaco (7% de todas las muertes).

La marihuana ha sido durante mucho tiempo la droga ilícita de consumo más común en Martinica. El crack entró en escena a principios del decenio de 1980 y ahora se consume en forma generalizada, solo o junto con la marihuana. En noviembre de 1995, fueron tratados en los servicios médicos y sociales 198 toxicómanos. Las actividades ilegales relacionadas con la droga se duplicaron entre 1992 y 1995.

Trastornos del comportamiento. Los trastornos mentales son un importante problema de salud pública. En Martinica, el tratamiento psiquiátrico de los adultos se concentra en un solo hospital. Un estudio de los diagnósticos de los pa-

cientes hospitalizados pone de relieve una considerable proporción de esquizofrenias y otras psicosis. Hay 470 camas para hospitalización psiquiátrica.

Las unidades de psiquiatría infantil y juvenil proporcionan una red de servicios comunitarios en Martinica. Desde 1993 funciona un centro de atención diurna con 15 plazas para niños autistas o con problemas similares menores de 11 años.

Salud oral. Una encuesta realizada a niños de 6 a 10 años de edad demuestra que 30% tiene caries dentales. Estas se encuentran más a menudo en las familias que viven en una situación social vulnerable. El agua de Martinica no tiene flúor, de manera que es necesario añadirle un suplemento de sal fluorurada o de píldoras de flúor.

Drepanocitosis. La drepanocitosis es la enfermedad genética más común en las Antillas. En Martinica se detecta en 99% de los casos. Dos estudios han demostrado que 10% de la población presenta características indicativas de células falciformes: 0,17% de los casos con SS y 0,24% con SC. Una de cada 65 uniones sexuales trae aparejada un riesgo y cada año nacerán entre 15 y 20 niños con un fenotipo que ha de desencadenar un importante síndrome drepanocítico. Además, 600 niños, es decir, casi 10%, nacerán con características indicativas de células falciformes.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Salud y medio ambiente. En Martinica, el agua para consumo público se somete a controles intensivos y es de alta calidad. Sistemáticamente se controlan unos 23 parámetros y se emplean procedimientos que alertan de la presencia de contaminantes que sobrepasan determinados niveles. Los plaguicidas utilizados en agricultura deben ajustarse a normas nacionales. Hasta ahora no se han encontrado plaguicidas en el agua potable suministrada. La medicina industrial cubre la prevención de intoxicaciones; en los últimos 10 años los casos de intoxicación han disminuido 90% y en la actualidad se presentan unos cinco casos por año.

La organización de los servicios públicos que se relacionan con la salud y las cuestiones ambientales comprende seis dependencias estatales y las comunidades locales. Se alienta a grupos especiales a estudiar problemas concretos del ambiente.

En Martinica la contaminación atmosférica se limita a la que producen las emanaciones de los automóviles en los centros urbanos y a lo largo de las carreteras principales. La quema de plantaciones de caña de azúcar y la producción de ron generan niveles de contaminación muy bajos y virtualmente no existe contaminación atmosférica industrial. Se exige que los automóviles nuevos estén equipados con sistemas de escape catalíticos. Un número creciente de automóviles (aproximadamente 30%) utiliza gasolina sin plomo.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

En Martinica, el plan regional de organización de la salud comprende servicios de "urgencias" y de "reanimación". Abarca tres hospitales públicos (incluido un hospital docente) y tres clínicas privadas. El sector público cuenta con 1.831 camas para hospitalizaciones cortas, 114 camas para control ulterior y rehabilitación funcional y 101 para atención por un plazo medio. El sector privado tiene 100 camas para asistencia por un plazo corto, 39 para control ulterior y rehabilitación funcional y 61 para atención por un plazo medio. Los especialistas brindan sus servicios en todas las categorías y ofrecen la más completa variedad de tratamientos.

La asistencia ambulatoria proporcionada comprende diálisis domiciliaria, centros de lucha contra el alcohol y el cáncer y un centro de tratamiento de varias adicciones.

En el plan regional de organización de la salud se presta especial atención a la asistencia médica de urgencia. En la organización actual se prevé que un centro de atención (el "centro 15") reciba llamadas telefónicas gratuitas. Este centro proporciona en cada caso la respuesta más apropiada, tanto ante consultas médicas como ante la necesidad de transportar conjuntamente por helicóptero a un paciente y un equipo médico especializado. Hay un servicio médico de urgencia que se hace cargo de las llamadas del "centro 15", en el hospital docente de Fort-de-France; otros tres servicios hospitalarios de urgencia funcionan en hospitales públicos.

GUYANA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Guyana se encuentra en la costa nordeste de América del Sur y tiene una extensión de 215.000 km². Es el único país de habla inglesa en América del Sur y es miembro de la Comunidad del Caribe (CARICOM). Debido a sus vínculos históricos, económicos y culturales con el Caribe de habla inglesa, las condiciones socioeconómicas de Guyana suelen compararse más con las de los países del Caribe que con las de los países de América del Sur. En octubre de 1992 fue elegido un nuevo Gobierno, lo que representó el primer cambio de partido político en el poder desde que el país se independizara de Gran Bretaña en 1966.

En los años ochenta se produjo una emigración masiva de personal capacitado a otros países del Caribe y América del Norte debido a la devastación de la economía de Guyana, y un notable deterioro de las condiciones de vida.

En 1996, la población a mediados de año se estimó en aproximadamente 770.000 habitantes. Los hombres representaban 49,2% y las mujeres 50,8% de la población total. En lo que respecta a la distribución por edades, el grupo de 0 a 14 años constituía 36,8% de la población, el de 15 a 64 años, 59,3%, y el de 65 años y más, 3,9%. La tasa de crecimiento demográfico fue de 1,1% en 1995 y 1996, significativamente inferior a la tasa de 1992 de 2,8%.

Los amerindios o indígenas constituyen aproximadamente 6,8% de la población total. Las personas cuya ascendencia es de las Indias Orientales representan 49,5%, y las de descendencia africana, 35,6%. El 15% restante se compone de portugueses, chinos y mestizos.

En el Censo Familiar y de Gastos 1992–1993, 68,9% de la población total fue clasificada como rural. Aproximadamente 61,3% de la población total residía en 2 de las 10 regiones administrativas. Georgetown, la capital, está localizada en la región 4 (Demerara-Mahaica), donde se concentra el 41,4% de

la población del país. La región 6 (Berbice Corentyne Este) es la segunda en tamaño, y en ella se asienta 19,9% de la población. Alrededor de 51% de la población de la región 4 es urbana, en comparación con 28% en la región 6. La región 10 (Alto Demerara-Berbice) registra 5,5% de la población total, y un 80% de esta es urbana. La población de la región 2 (Pomeroon-Supenaam) es 5,8% urbana, y esta es la única región que no está clasificada como 100% rural. La mayoría de los amerindios, cuyo número se calcula en 49.713, residen en las zonas rurales de las regiones 1, 2, 7, 8 y 9.

El tamaño promedio de las familias es de 4,28 personas. La región 4, donde se concentra 67,4% de la población urbana total, registra el menor tamaño promedio de las familias (4,02), y la región 9 (Takatu Essequibo) tiene el promedio más grande (5,96).

En 1992, la tasa de analfabetismo se estimaba en 4% (2% en el caso de los hombres y 6% en el de las mujeres); 52,5% de la población había asistido a la escuela primaria, 34,5% a la secundaria y 10% había conseguido superar este último nivel. A pesar de que la tasa de alfabetización parece favorable, existen dudas respecto del nivel de alfabetismo funcional de la población, específicamente en relación con las tasas de deserción escolar.

En 1990, 12,5% de la población del país no tenía acceso a los servicios de salud, un aumento de 11% respecto del período 1987–1989.

Los datos de la Oficina de Estadísticas indican que 89,6% de la población urbana y 45,2% de la rural contaban con servicios de abastecimiento de agua potable. La Oficina de Estadísticas también informa que 91,8% de la población urbana y 80,4% de la rural contaban con servicios de aguas residuales y eliminación de excretas.

El salario mínimo mensual del sector público de Guyana fue de US\$ 63 en 1997, en comparación con \$52 en 1996 y \$25 en 1992. El costo mensual de un régimen alimentario básico de 2.400 calorías oscila entre \$33, es decir, 64% del salario mínimo de 1996 en la región 6, y \$42, esto es, 79% del salario

mínimo en la región 10. Como parte de los esfuerzos para ofrecer alivio a los pobres, se aumentó el umbral del impuesto sobre la renta personal de \$107 por mes en 1996 a \$129 por mes en 1997.

Para ayudar a los ancianos, en 1997 se ajustaron las pensiones del Gobierno para garantizar que su nivel no caiga por debajo de 50% del salario mínimo en vigor.

Los pobres se ven afectados seriamente por la escasez crónica de vivienda y los efectos negativos del saneamiento deficiente, el acceso limitado al agua corriente, las inundaciones y otras situaciones semejantes en las zonas de vivienda no planificada que han surgido en todo el país.

El ingreso promedio y los niveles de vida han descendido durante casi dos decenios, y los más perjudicados han sido los sectores más pobres y desfavorecidos. La carga de la deuda externa pública de Guyana a comienzos de los años noventa era algo más de US\$ 2.000 millones. En 1989, el Gobierno emprendió un plan de reactivación económica junto con un programa de ajuste estructural apoyado por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial para transformar la economía del país, anteriormente dominada por el Estado, en una economía orientada al mercado. Con este fin, el Gobierno eliminó las restricciones a las importaciones, flexibilizó los controles de las divisas y comenzó a privatizar muchas empresas estatales.

La política fiscal se ha visto limitada seriamente por la alta carga de la deuda interna y externa. En 1996, la deuda externa registró US\$ 1.500 millones, esto es, \$1.947 per cápita. Con un total de servicio de la deuda interna y externa estimado en 61,2% de los ingresos corrientes en 1996, quedan muy pocos ingresos líquidos para los gastos en el sector social. De 1995 a 1997, el Gobierno tomó medidas enérgicas para aliviar la deuda en \$600 millones por medio de negociaciones directas con sus acreedores bilaterales oficiales bajo el auspicio del Club de París, el Reino Unido y Trinidad y Tabago.

La abundancia de recursos naturales de Guyana y el compromiso del Gobierno con la reforma económica permitieron al país retomar la senda del crecimiento económico poco tiempo después de la introducción del programa de reactivación económica. Los indicadores económicos y sociales durante el período comprendido entre 1992 y 1996 muestran que las condiciones de vida están mejorando, a pesar de que el porcentaje de la población que vive por debajo del nivel de pobreza, según cálculos moderados, es apenas superior a 40%.

Las industrias del azúcar, el arroz y la bauxita representan una parte significativa del producto interno bruto del país (PIB). En consecuencia, los problemas en la industria de la bauxita, además de los que se presentan en los mercados de exportación del azúcar y el arroz, son graves causas de preocupación.

El PIB per cápita de Guyana fue de US\$ 766 en 1996, en comparación con \$680 en 1995 y \$454 en 1992. El promedio

para el período 1991–1994 fue de \$504. La tasa de crecimiento del PIB real fue de 7,9% en 1996, lo que marcó un aumento comparado con 5,1% en 1995 y 7,7% en 1992. La tasa promedio durante el período 1991–1994 fue de 7,7%. La inflación, que fue sumamente elevada a fines de los años ochenta y principios de los noventa debido a los programas de ajuste estructural, ha descendido de un nivel máximo de 101,5% en 1991. En 1995, la inflación había disminuido a 8,1% y en 1996 a 4,5%. La tasa promedio durante el período comprendido entre 1991 y 1994 fue de 27,1%.

En 1997, el Gobierno publicó un borrador de su Estrategia Nacional de Desarrollo, uno de cuyos principales objetivos es propiciar las condiciones para que el sector privado pueda extenderse y prosperar a fin de crear más y mejores puestos de trabajo. Garantizar el desarrollo humano es la orientación principal de la Estrategia, que aborda cuatro objetivos nacionales generales: el crecimiento rápido del ingreso de la población en general, la mitigación y reducción de la pobreza (crecimiento rápido del ingreso de los pobres), la satisfacción de las necesidades socioeconómicas básicas, y el mantenimiento de una sociedad democrática y plenamente participativa.

La Estrategia reconoce que se ha tendido a marginar a la población en las regiones interiores del país, especialmente a los grupos de amerindios. Propone nuevos enfoques para abordar los problemas sociales más básicos del país en cuestiones como la salud, la educación, la vivienda, la mitigación de la pobreza, el papel de la mujer y el papel de los amerindios.

Mortalidad

La esperanza de vida en Guyana fue de 64 años en 1994, por comparación con 64,9 en 1992. En el caso de la mujer fue de 67,7 años en 1992, en comparación con 62,1 años para el hombre. La tasa bruta de natalidad fue de 29,2 por 1.000 habitantes en 1996 y de 29,8 en 1995, lo que significa un aumento en comparación con 25,6 en 1992. La tasa bruta de mortalidad fue de 7,3 por 1.000 habitantes en 1996 y de 7,1 en 1995, es decir, un incremento si se compara con 6,6 en 1992. La tasa de fecundidad fue de 2,8 niños por mujer en 1994, igual que en 1992. La tasa de mortalidad infantil, según la información de la Oficina de Estadísticas, fue de 27,8 por 1.000 nacidos vivos en 1995 y de 28,8 por 1.000 en 1994, es decir, significativamente inferior a la cifra de 1992, 42,9. La Unidad de Salud Maternoinfantil en el Ministerio de Salud notifica, sin embargo, una tasa de mortalidad infantil de 33,2 por 1.000 nacidos vivos en 1995.

Los cálculos de las tasas brutas de natalidad y mortalidad proporcionadas anteriormente son notificados por la Oficina de Estadísticas y representan los cálculos oficiales usados por el Gobierno. Los cálculos de la Unidad de Estadísticas del Mi-

nisterio de Salud son diferentes de los oficiales, aunque ambos se basan en datos tomados de la Oficina del Registrador General. Los cálculos del Ministerio de Salud tienden a ser algo más elevados. Las diferencias entre los dos conjuntos de cifras son motivo de gran preocupación.

Se registraron 5.098 defunciones en 1995, en comparación con 4.372 en 1994 y 4.003 en 1992. El grupo de 60 años y más registró el mayor número de defunciones: 2.291 (45%) en 1995, en comparación con 1.882 defunciones (47%) en 1992; le siguió el de 20 a 59 años, con 1.797 defunciones (35%) en 1995, en comparación con 1.416 (35%) en 1992. En 1995 se produjeron 737 defunciones (14,5%) entre los niños menores de 5 años, lo que representa un aumento si se compara con 488 (12,2%) en 1992. Este grupo ocupa el tercer lugar en número de defunciones.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

Según la Unidad de Estadísticas del Ministerio de Salud, de 18.360 niños nacidos vivos en 1995, 15,3% presentaron bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos). De los 72.740 niños menores de 5 años atendidos en consultorios en 1996, 13.215 (18,2%) fueron evaluados como moderadamente malnutridos por lo menos una vez durante el año. El porcentaje de niños menores de 1 año moderadamente malnutridos fue de 21%. El porcentaje para los niños de 1 a 2 años, 3 a 4 años y 4 a 5 años fue de 17%, 17% y 12%, respectivamente. El número de niños diagnosticados como gravemente malnutridos fue de 683 (menos de 1%), con una tasa de 2% para los menores de 1 año, 1% para los niños de 1 a 2 años y menos de 1% para los de 2 a 5 años. Una encuesta de 1996 realizada por el Ministerio de Salud evaluó el estado de la vitamina A, el beta-caroteno, el hierro y el yodo en la población. Una evaluación del estado de nutrición de 288 niños de 0 a 4 años reveló que 34 (11,8%) presentaban niveles de subalimentación y retraso del crecimiento y solo 3 (1%) estaban sobrealimentados.

En 1996, de los 17.726 lactantes que fueron atendidos en el consultorio a los 3 meses, 5.844 (33%) eran amamantados exclusivamente, 9.910 (56%) parcialmente, 1.246 (7%) habían dejado de ser amamantados y 611 (3,5%) nunca lo habían sido. En 1% de los niños se desconocía su estado respecto de la lactancia natural. Los datos clínicos para 1995 indicaron que 30,5% de los lactantes eran amamantados exclusivamente a los tres meses, variando la prevalencia entre 18% en la región 4 (costa oriental) y 79% en la región 9.

En 1995, la tasa de mortinatalidad fue de 22,9 por 1.000 nacimientos. La tasa de mortalidad perinatal fue de 36,9 por

1.000 nacidos vivos, mientras que la tasa de mortalidad neonatal fue de 17,5 por 1.000 nacidos vivos.

Entre 1992 y 1996, las tasas de cobertura de las vacunas BCG, DPT, VPO, antisarampionosa y MMR (sarampión, parotiditis y rubéola) superaron el 80% en la mayoría de los casos. En 1996, la cobertura de la vacuna BCG fue de 88,4%, registrándose 83% para la DPT y 83% para la tercera dosis de la VPO. La vacuna antisarampionosa, que fue reemplazada por la MMR en 1996, registró una tasa de cobertura de 84,1% en 1995. En 1995 y 1996 se realizaron esfuerzos especiales para introducir la MMR de acuerdo con las actividades para la reducción del sarampión en el Caribe. Habiéndose introducido a fines de 1995, la cobertura de la MMR en 1996 fue de 96%, un aumento en comparación con 76,7% en 1995.

Para el grupo de 0 a 4 años de edad, las cinco causas principales de enfermedad tratadas en los consultorios informantes durante 1996 fueron las infecciones respiratorias agudas, con 12.975 casos (43,2% del total de casos), la helmintiasis intestinal, 3.506 (11,7%), las enfermedades diarreicas, 2.689 (9%), la sarna, 1.036 (3,5%), y accidentes y lesiones, 844 casos (2,8%). En conjunto, estos cinco grupos de causas representaron 70,2% de todos los casos tratados en 1996.

En 1995 se registraron 736 defunciones en el grupo de 0 a 4 años de edad, en comparación con 649 en 1994 y 488 en 1992. Las cinco causas principales de mortalidad en este grupo de edad en 1995 fueron: ciertas afecciones originadas en el período perinatal, con 277 defunciones (37,6% de las muertes en este grupo de edad), las enfermedades infecciosas intestinales, 169 defunciones (23%), otras enfermedades del aparato respiratorio, 69 defunciones (9,4%), anomalías congénitas, 57 defunciones (7,7%), y carencias nutricionales, 38 defunciones (5,2%). Las cinco causas principales ocasionaron 610 de las 736 defunciones (82,9%) en 1995, 532 (82%) en 1994 y 348 (85,5%) en 1992. A las mujeres les correspondieron 314 defunciones (42,7%) en 1995, en comparación con 258 (48,5%) en 1994, y 204 (58,6%) en 1992.

La población de escolares (5 a 9 años) comprende aproximadamente el 11% de la población de Guyana. En 1995 se produjeron 41 defunciones en este grupo de edad, en comparación con 43 en 1994 y 22 en 1992. Las cinco causas principales de defunción en el grupo de edad de 5 a 9 años en 1995 fueron: "otros accidentes", incluidos los efectos tardíos, con 7 defunciones (17,1% de las muertes en este grupo de edad), "otro tipo de violencia", 6 defunciones (14,6%), anomalías congénitas, 4 defunciones (9,8%), enfermedades del sistema nervioso, 3 defunciones (7,3%), e intoxicación accidental, 3 defunciones (7,3%). En conjunto, estas cinco causas ocasionaron 23 defunciones (56,1%) en 1995. A las mujeres de este grupo de edad les correspondieron 18 defunciones (43,9%) en 1995, en comparación con 18 (41,9%) en 1994 y 7 (31,8%) en 1992.

La salud del adolescente

Los adolescentes del grupo de 10 a 14 años constituyen 12% de la población y los que pertenecen al grupo de 15 a 19 años representan 11,5%.

En 1995 se registraron 29 defunciones en el grupo de 10 a 14 años, en comparación con 31 defunciones en 1994 y 39 en 1992. Las cinco causas principales de muerte en este grupo de edad en 1995 fueron: "otro tipo de violencia", con 9 defunciones (31% de defunciones para el grupo), "otros accidentes", incluidos los efectos tardíos, 5 defunciones (17,2%), accidentes de tránsito, 3 defunciones (10,3%), enfermedades intestinales infecciosas, 2 defunciones (6,9%), y enfermedades de la circulación pulmonar, 1 defunción (3,5%). Las cinco causas principales ocasionaron 20 defunciones (68,9%) en 1995, 14 (45,3%) en 1994 y 9 (23%) en 1992. A las mujeres les correspondieron 7 defunciones (24,1%) en 1995, en comparación con 14 (45,2%) en 1994 y 20 (51,3%) en 1992.

En 1995 se registraron 97 defunciones en el grupo de edad de 15 a 19 años, en comparación con 71 en 1994 y 67 en 1992. Las cinco causas principales de muerte en este grupo en 1995 fueron: "otro tipo de violencia", con 16 defunciones (16,5% de las muertes en este grupo de edad), "otros accidentes", incluidos los efectos tardíos, con 14 defunciones (14,4%), suicidio y lesiones autoinfligidas, con 10 defunciones (10,3%), accidentes de transporte, con 7 defunciones (7,2%), y enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos, con 6 defunciones (6,2%). Las cinco causas principales ocasionaron 53 (54,6%) de las 97 defunciones en 1995, 38 (53,6%) en 1994, y 25 (37,3%) en 1992. A las mujeres les correspondieron 40 defunciones (41,2%) en 1995, 30 (42,3%) en 1994 y 32 (47,8%) en 1992.

Las cinco causas principales de morbilidad tratadas en el grupo de 15 a 19 años en las clínicas que notificaron datos durante 1996 fueron las infecciones respiratorias agudas, con 19,8% de los casos totales, los accidentes y lesiones, 12,5%, la malaria, 5,5%, la helmintiasis intestinal, 3,3%, y las enfermedades diarreicas, 3,0%. En conjunto, estos cinco grupos de causas representaron 44,1% de todos los casos tratados en 1996 y 42,8% de todos los tratados en 1995. Los "síntomas, signos y afecciones mal definidas o desconocidas" representaron 16,4% de los casos en 1996 y 16,6% en 1995.

La salud del adulto

En 1996, de las 17.496 mujeres que recibieron atención prenatal por primera vez durante el embarazo, 11% eran menores de 15 años, 10% tenían entre 15 y 17 años, 81% tenían entre 18 y 34 años, y 7% pertenecían al grupo de mayores de 35 años. De estas mujeres, 25% tenía paridad de 0, 59% de 1 a 4, y 16% de 5 o más. De las mujeres que buscaron atención

prenatal, 32% lo hicieron antes de las primeras 20 semanas del embarazo, 61% tenían 20 semanas o más de embarazo, y 7% desconocían cuánto tiempo de embarazo llevaban. De las 15.856 mujeres que recibieron atención prenatal por primera vez durante un embarazo, 14% habían tenido un aborto, 14% habían tenido más de un aborto, 68% nunca habían tenido un aborto y 4% no dieron información. De las 1.869 mujeres con afecciones de alto riesgo diagnosticadas o identificadas por primera vez durante un embarazo, 29,2% presentaron hipertensión, 18,1% resultaron positivas en la prueba de sífilis, 1,7% resultaron positivas en la prueba de anemia de células falciformes, 4,9% padecían malaria, 14,7% toxemia preeclámsica, 5,4% diabetes y 26% afecciones clasificadas como "de otro tipo".

En 1995, a las mujeres menores de 20 años les correspondieron 3.786 de los 18.360 nacidos vivos (20,6%), y a las menores de 16 años, 102 (0,6%).

Las cuatro causas principales de mortalidad materna fueron la toxemia del embarazo, la hemorragia del embarazo y el parto, las complicaciones del puerperio, y otras complicaciones del embarazo (excluido el aborto), el trabajo de parto y el parto. En conjunto, estas cuatro causas motivaron 28 defunciones en 1995, 22 en 1994 y 9 en 1992.

La tasa de mortalidad materna entre los ingresos en 1996 en el Hospital Público de Georgetown fue de 148 por 100.000; en 1995, de 201 por 100.000, y en 1994, de 310 por 100.000. La disminución significativa de las defunciones maternas puede atribuirse al reconocimiento a tiempo de una enfermedad potencialmente mortal por parte del personal médico como resultado del adiestramiento permanente. También se ha apreciado una reducción en el recambio de personal hospitalario en los tres últimos años.

De los 12.603 usuarios que recibieron servicios de planificación familiar por primera vez en 1996, 5.469 (43%) usaron anticonceptivos orales, 479 (4%), DIU, 1.313 (10%), preservativos, y 990 (8%), otros métodos. En 1996, se realizaron 758 abortos en el Hospital Público de Georgetown.

La Asociación de Paternidad Responsable de Guyana, una organización no gubernamental que presta servicios de salud reproductiva y sexual con el apoyo de varios donantes internacionales, tiene consultorios en Georgetown y en varias regiones. La prueba de Papanicolaou, que se realiza desde septiembre de 1996, se efectuó a 183 nuevas usuarias.

En el caso del grupo de 20 a 64 años, las cinco causas principales de morbilidad tratadas en los consultorios informantes fueron las infecciones respiratorias agudas, la hipertensión, los accidentes y lesiones, la artritis y la diabetes mellitus. En conjunto, estas cinco causas representaron 52% de todos los casos tratados en 1996 y 45,2% de todos los tratados en 1995. Los síntomas, signos y afecciones mal definidas o desconocidas representaron 15% de los casos totales en 1996, y 13,7% de los casos en 1995.

Los tres diagnósticos principales de egreso en 1995 en el Hospital Público de Georgetown fueron parto normal (18% de los egresos totales), causas obstétricas directas (7,4%) y aborto (3,9%).

En 1995, se produjeron 1.797 defunciones en el grupo de 20 a 59 años, en comparación con 1.526 en 1994 y 1.416 en 1992. En 1995, las cinco causas principales de defunción en el grupo de 20 a 59 años fueron: enfermedades endocrinas y metabólicas, con 285 defunciones (15,9%), cardiopatía isquémica y enfermedades cerebrovasculares, cada una causante de 173 defunciones (9,6%), enfermedades de otras partes del aparato digestivo, 165 defunciones (9,2%), y enfermedades de la circulación pulmonar, 111 (6,2%). En conjunto, estas cinco causas ocasionaron 50,5% de las defunciones en 1995 y 49,6% de las defunciones por causas definidas en 1995, 43% de las defunciones en 1994 y 36,7% en 1992. A las mujeres les correspondieron 35,4% de las defunciones en este grupo de edad en 1995, en comparación con 37,6% en 1994 y 35,8% en 1992.

La salud del adulto mayor

Las personas de 60 años y más, de las cuales 52,7% son mujeres, representan 5,9% de la población. De estos adultos, 20.127 (20,5%) eran pensionados del Plan de Seguridad Nacional en 1996, en comparación con 17.559 (19,6%) en 1992.

Para el grupo de 65 años y más, las cinco causas principales de morbilidad tratadas en los consultorios informantes en 1996 fueron las siguientes: hipertensión, 26%; artritis, 11,6%; infecciones respiratorias agudas, 9%; diabetes mellitus, 9,6%, y accidentes y lesiones, 4%. Los síntomas, signos y afecciones mal definidas o desconocidas constituyeron 10,8% de los casos totales tanto en 1995 como en 1996.

En 1995, se produjeron 2.291 defunciones en el grupo de 60 años en adelante, 1.939 en 1994 y 1.882 en 1992. Las cinco causas principales de defunción en este grupo de edad fueron las siguientes: enfermedades cerebrovasculares, 515 defunciones (22,5% de las muertes en 1995); cardiopatía isquémica, 331 (14,5%); enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, 253 (11%); enfermedades endocrinas y metabólicas, 179 (7,8%), y otras enfermedades del aparato respiratorio, 172 (7,5%). Las cinco causas principales motivaron 63,3% de las defunciones en 1995, 63,7% en 1994 y 60,8% en 1992. A las mujeres les correspondieron 48,7% de las defunciones en 1995, en comparación con 48,1% en 1994 y 46,3% en 1992.

La salud de la familia

Según los datos de la Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares de 1993, 29,5% de los hogares estaban encabezados por

mujeres. La proporción es mucho mayor en las zonas urbanas deprimidas que en las zonas rurales. Las mujeres afroguyanesas representan aproximadamente 50% de todos los hogares encabezados por mujeres, en comparación con las personas originarias de las Indias Orientales (35,2%) y los amerindios (2,6%).

Según el Informe de Desarrollo Humano de Guyana de 1996, la mayor incidencia de hogares encabezados por mujeres puede atribuirse a varios factores, entre otros: altas tasas de migración, lo cual contribuye al deterioro de las costumbres sociales y los vínculos familiares, incapacidad de la mayoría de la población de ganar lo suficiente como para mantener una familia, mayores tasas de divorcio, y un aumento del número de mujeres en la fuerza laboral, lo que les permite un mayor grado de independencia del apoyo masculino. Alrededor de la mitad (51,8%) de las mujeres cabezas de familia señalan las tareas domésticas como su actividad principal. Empleadas como ayuda doméstica, trabajadoras manuales y miembros de las esferas no profesionales de los servicios públicos, las mujeres están fuertemente representadas en la categoría de los trabajadores pobres. Es probable que debido a ello muchos hogares encabezados por mujeres tengan dificultades para costear los alimentos, la vivienda, los suministros médicos y otros insumos que contribuyen a una buena salud.

La salud de los trabajadores

En 1995, según la información recopilada por el Ministerio de Salud y el Plan de Seguridad Nacional, entre los empleados (de 16 a 59 años) registrados por sexo y edad promedio, se estimó que 44% de la fuerza laboral asegurada eran mujeres, en comparación con 44,8% en 1992. De los inscritos que trabajaban por su cuenta, 47,4% eran mujeres en 1995, en comparación con 27,8% en 1992.

Según las estadísticas del Ministerio de Trabajo, Salud y Seguridad Ocupacional, se notificaron 3.848 accidentes industriales en 1996. El 90% de los accidentes ocurrieron en el sector agropecuario, 7% en la manufactura, 1,7% en la minería, y 1,3% en la silvicultura, la construcción, las comunicaciones, el comercio y la electricidad. La cifra de 1996 representa una reducción de 26% respecto de los 5.174 accidentes de 1995 y una disminución de más de 50% si se compara con la cifra de 1993, que fue de 8.383. A pesar de una baja en el total de accidentes, el número de muertes aumentó sustancialmente; se produjeron 11 muertes en 1996, en comparación con 5 en 1995 y 8 en 1993. Solo 3 de los 11 accidentes mortales en 1996 tuvieron relación con la agricultura. La minería registró dos accidentes, el comercio dos, la electricidad, el gas y el agua uno, y las comunicaciones uno.

La salud de los indígenas

Se estima que el grupo amerindio representa 6,81% de la población total e incluye a la mayor parte de los habitantes de las zonas internas alejadas de las regiones 1, 8 y 9, y una parte considerable de los de la región 7. Este grupo registra la mayor incidencia de pobreza, con aproximadamente 85% de las personas por debajo del umbral de pobreza. El aislamiento geográfico de muchas de las comunidades plantea serios problemas para lograr el acceso equitativo tanto a los servicios de salud como a la educación.

Las formas principales de morbilidad entre los amerindios son la malaria, la tuberculosis, la diarrea y las infecciones respiratorias. Para 1992, se calculó que un tercio de ellos padecían malaria, con 60% de los casos atribuibles a *Plasmodium falciparum*. Las enfermedades diarreicas afectan a toda la población, especialmente a los niños más pequeños. La prevalencia de estas enfermedades se debe sobre todo a las fuentes de agua contaminadas por causa de la falta de letrinas, las inundaciones persistentes en las zonas fluviales y los métodos inadecuados de eliminación de desechos.

En 1992 se registraron 556 casos de cólera, que dieron lugar a ocho defunciones en Guyana. Estos casos ocurrieron entre los amerindios en la provincia del noroeste lindante con Venezuela. Las condiciones ambientales y el movimiento a través de la frontera son la causa de la propagación de la enfermedad.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. En 1996, no se notificaron casos de fiebre amarilla, dengue, enfermedad de Chagas ni esquistosomiasis en Guyana, aunque están presentes los vectores de todas estas enfermedades.

En 1996, la malaria fue la segunda causa de morbilidad en el país, con 34.075 casos notificados, lo que equivale a 44,2 casos por 1.000 habitantes. En 1995, el número de casos notificados ascendió a 59.311, esto es, 77 casos por 1.000 habitantes, en comparación con una tasa de 52,3 casos por 1.000 habitantes en 1992. El porcentaje de frotis positivos fue de 13% en 1996, 20,4% en 1995 y 24,9% en 1992.

En 1996, *Plasmodium falciparum* fue la causa de 52,7% de los casos, y de 50% en 1995, en comparación con aproximadamente 60% en 1992. El vector principal es *Anopheles darlingi*. A los hombres les corresponde aproximadamente 70% de los casos al año, debido a la relación de esta enfermedad con el empleo en las minas de oro y diamantes, así como en la explotación maderera.

La región 1, que fue la más gravemente afectada durante el período comprendido entre 1988 y 1992, siguió siéndolo en

1995, con 35,6% de los casos notificados. Sin embargo, en 1996 registró solo 16,5% de los casos notificados, y fue sobrepasada por las regiones 8 y 9, con 20,3% y 26,2%, respectivamente. Se notificaron 37 defunciones por malaria en 1995 (65% en hombres) y 23 (61% en hombres) en 1992.

Enfermedades inmunoprevenibles. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) establecido en 1991 para informar sobre la prevalencia de la rubéola, ha mejorado año tras año. En 1996 se notificaron 166 casos de afección febril exantemática en Guyana, de los cuales 77% se confirmaron como rubéola ya sea en el laboratorio o epidemiológicamente. En el primer trimestre de 1997, de los 69 casos de afección febril exantemática notificados, 51% fueron confirmados como rubéola. Un estudio retrospectivo efectuado entre 1992 y 1996 reveló 15 casos compatibles con el síndrome de rubéola congénita (SRC) y 1 caso serológicamente confirmado en 1996.

En lo referente a otras enfermedades inmunoprevenibles, no se ha detectado sarampión desde 1992; la fiebre amarilla no se ha notificado desde el decenio de 1970; la tos ferina se notificó por última vez en 1991; no se ha comunicado ningún caso de tétanos neonatal desde 1988, y ninguno de poliomielitis en los últimos años. Dos casos de tétanos se notificaron a mediados de 1997.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. En un brote de cólera se notificaron 556 casos entre noviembre de 1992 y principios de enero de 1993. Desde entonces, no se ha comunicado ningún otro caso de cólera en Guyana. La vigilancia ha aumentado en la zona lindante con Venezuela, donde se siguieron notificando brotes en 1996 y en 1997. En 1995 se registraron 257 defunciones por infecciones intestinales, 8 de las cuales se debieron a la fiebre tifoidea, 4 a la amibiasis y 245 fueron clasificadas como "otras infecciones intestinales e infecciones intestinales mal definidas." En 1994, se produjeron 203 defunciones por infecciones intestinales, de las cuales 10 fueron causadas por la fiebre tifoidea y 193 se clasificaron como "otras infecciones intestinales e infecciones intestinales mal definidas".

Enfermedades crónicas transmisibles. Los casos de tuberculosis han aumentado de 296 en 1995 a 303 en 1996 (de 38,27 por 100.000 a 40,19 por 100.000). Aunque el número de casos aumentó en 1996, los casos identificados mediante baciloscopia han disminuido porque este servicio no se ofreció en algunas zonas. En la región 4, la principal zona urbana del país, donde se registraron 52,98% de los casos, solo 11,8% fueron confirmados por baciloscopia, 73,5% fueron diagnosticados por radiografía de tórax y 3% fueron identificados por métodos anatomopatológicos.

Los principales grupos en riesgo de tuberculosis son los amerindios, las personas VIH-positivas, los ancianos y

los adultos jóvenes. En 1996, los afroguyaneses representaron 40,4% de los casos y los amerindios, 24,2%.

En 1996, se registraron 32 defunciones por tuberculosis en el Hospital Público de Georgetown y el servicio de consulta externa de enfermedades del tórax, en comparación con 43 en 1995 y 29 en 1994.

En 1996 se registraron 21 nuevos pacientes con lepra (13 hombres y 3 mujeres), en comparación con 48 pacientes nuevos (28 hombres y 20 mujeres) en 1992. La incidencia por 10.000 habitantes descendió de 0,6 en 1992 a 0,3 en 1996. Se registraron dos muertes por lepra en 1995 (un hombre y una mujer) y dos en 1994 (un hombre y una mujer).

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas fueron la causa principal de consultas brindadas en los servicios ambulatorios en 1996. Constituyeron la causa principal de morbilidad en el grupo de 0 a 19 años, la segunda causa en el de 20 a 44 años y la tercera en las personas de 65 años y más. Las infecciones respiratorias agudas representaron 50% de las enfermedades diagnosticadas en los lactantes menores de 1 año y 39% en los niños de 1 a 4 años.

Rabia y otras zoonosis. En agosto de 1996 se identificó un brote de rabia en el ganado bovino en la región 3, confirmando 45 casos (muertes). Se realizó una campaña y se vacunó a 500 animales. No se han registrado casos de rabia en perros ni en seres humanos. En 1996, con base en el cuadro clínico se diagnosticaron 20 casos de encefalitis equina en la región 6. Se llevó a cabo un programa de vacunación en la zona afectada.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Entre 1987 y 1995 se notificaron 1.241 casos de infección por el VIH/sida, de los cuales 796 eran casos de sida. Correspondió a las mujeres 34,4% de los casos. En 1992 se produjeron 162 casos de sida, de los cuales 55 (34%) correspondieron a mujeres; en 1994 se registraron 105 casos (46,7% de mujeres), y en 1995, 192 casos (42,2% de mujeres). De las personas afectadas, 76,8% tenían menos de 39 años de edad. Correspondieron a la región 4 el 71,3% de los casos notificados, con una tasa de incidencia de 29,3 por 10.000 habitantes. La región 10, con 7,1% de los casos (22,2 por 10.000 habitantes) ocupó el segundo lugar en prevalencia. De los casos notificados desde 1989, 45% eran personas cuyo principal factor de riesgo era el contacto heterosexual. Esta población aumentó a 77,8% en 1992 y a 85,0% en 1995. En 1995 se notificaron 132 defunciones por sida, de las cuales 48 (36,4%) correspondieron a mujeres, lo que representa un aumento en relación con las 75 defunciones (36% mujeres) de 1994. Las muertes por el complejo relacionado con el sida disminuyeron de 31 (32,3% mujeres) en 1994 a 23 (30,4% mujeres) en 1995. Hasta fines de 1995, el Servicio Nacional de Transfusión de Sangre había tamizado 20.472 unidades de sangre para detectar el VIH, y

275 unidades (1,34%) resultaron positivas. La seroprevalencia del VIH entre los donantes de sangre aumentó a 1,6% en 1992, pero descendió a 1,5% en 1995, sin que se pudiera registrar una tendencia discernible en los años intermedios. La seroprevalencia más baja entre 1989 y 1995 fue de 0,9% (en 1989), y la más alta, de 1,6% (en 1992 y 1994).

En 1995, el Ministerio de Salud realizó una encuesta de las mujeres embarazadas que recibían atención prenatal por primera vez, en dos centros de salud de Georgetown. De las 70 muestras recogidas, 5 (7,1%) fueron VIH-positivas. En una encuesta realizada en 1989, de 51 trabajadoras del sexo, 22 (43,1%) resultaron VIH-positivas. En otra muestra analizada en 1993, 27 de 108 trabajadoras del sexo (25%) resultaron positivas.

En 1995, se diagnosticaron las siguientes enfermedades de transmisión sexual (ETS): 625 casos de gonorrea (85,4% hombres), 325 casos de sífilis (85,5% mujeres), y 856 casos de infecciones no gonocócicas. Las cifras subestiman la prevalencia de las ETS en el país, ya que solo incluyen a las personas tratadas en el Servicio de Medicina Genitourinaria del Hospital Público de Georgetown. Se notificaron 8 defunciones por enfermedades venéreas en 1995; 5 fueron producidas por la sífilis.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. En 1996, el Ministerio de Salud llevó a cabo un estudio para evaluar el estado de nutrición con respecto a la vitamina A, el beta-caroteno, el hierro y el yodo en la población. De las 269 mujeres embarazadas y los 438 adultos de 15 a 30 años que se sometieron a pruebas de hemoglobina, 52% y 42,2%, respectivamente, presentaron concentraciones deficientes. La deficiencia de yodo grave en el grupo de 5 a 14 años fue mayor en las mujeres (3,9%) que en los hombres (2,5%), y 2,1% de las 285 mujeres embarazadas examinadas presentaron yodopenia grave.

En 1995 se notificaron 65 defunciones atribuidas a carencias nutricionales, en comparación con 51 en 1994. En 1995, 37 de las defunciones se registraron en lactantes menores de 1 año.

Enfermedades cardiovasculares. En 1995, las enfermedades cardiovasculares causaron 1.966 defunciones (38,6% del total), en comparación con 1.650 defunciones (37,7%) en 1994 y 1.613 (40,3%) en 1992. Las enfermedades cerebrovasculares ocasionaron 699 defunciones (13,7% del total) en 1995, 593 (13,6%) en 1994 y 640 (16%) en 1992. La cardiopatía isquémica provocó 518 defunciones en 1995, 456 en 1994 y 386 en 1992. Las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de cardiopatía causaron 373 defunciones en 1995, 345 en 1994 y 288 en 1992. La enfermedad hiper-

tensiva ocasionó 208 muertes (4,1%) en 1995, 193 (4,4%) en 1994 y 252 (6,3%) en 1992. La aterosclerosis causó 22 defunciones en 1995, 27 en 1994 y 19 en 1992. La fiebre reumática y la cardiopatía reumática ocasionaron 9 defunciones en 1995, 13 en 1994 y 8 en 1992. En 1995, las enfermedades cardiovasculares provocaron 992 muertes en la población masculina (50,5%) y 974 en la femenina (49,5%).

Tumores malignos. Los tumores malignos causaron 319 defunciones en 1995 (156 hombres y 163 mujeres). Las neoplasias malignas de los órganos digestivos y el peritoneo representaron 110 de estas defunciones, y las neoplasias de los órganos genitourinarios, 106. En conjunto, estos dos grupos representaron 67,7% de las defunciones causadas por tumores malignos en 1995, 66,1% en 1994 y 67,1% en 1992. Correspondieron a mujeres 27 de las 33 defunciones causadas por las neoplasias de hueso, tejido conjuntivo, piel y mama en 1995, 21 de 22 en 1994 y 21 de 25 en 1992. Las estadísticas del Hospital Público de Georgetown indican que en 1996 se atribuyeron 65 egresos a los tumores malignos, de los cuales 44 eran de mujeres. Correspondieron a mujeres 14 de los 16 casos con un diagnóstico de egreso de neoplasia de hueso, tejido conjuntivo, piel y mama, y 20 de los 21 con diagnóstico de neoplasia maligna de los órganos genitourinarios.

Accidentes y violencia. En 1995, los accidentes y la violencia representaron 525 de las defunciones notificadas (10,3%), un aumento en relación con las 474 defunciones (10,8%) de 1994. A los hombres correspondieron 78,2% de las muertes notificadas en 1995. Se produjeron 96 defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas, de las cuales se atribuyeron a los hombres 74 (77,1%) en 1995 y 91 (69,0%) en 1994. En 1995 se registraron 42 defunciones por homicidio, de las cuales 86% correspondieron a hombres; es decir, una disminución si se compara con 49 defunciones (73% hombres) en 1994. En 1995 se produjeron 54 defunciones por accidentes de tránsito (83,3% hombres), en comparación con 23 (78% hombres) en 1994. Las estadísticas del Departamento de Policía indican que estas cifras representan una subestimación del número de muertes por violencia y lesiones.

Trastornos del comportamiento. No existen datos sobre la prevalencia de los problemas de salud mental en Guyana. Sin embargo, en abril de 1994, de los 272 pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico de Fort Canje, Berbice, 150 (55,1%) eran hombres y 122 (44,9%) mujeres. La mayoría padecía esquizofrenia, y los demás eran indigentes que podían o no padecer alguna enfermedad. En 1996, los trastornos mentales figuraron en octavo lugar entre los 10 diagnósticos de egreso más comunes del Hospital Público de Georgetown, con 400 egresos por año.

Salud oral. El programa nacional de salud oral es esencialmente un servicio de extracción de dientes. No cuenta con materiales para ofrecer atención más avanzada. En 1996, el servicio notificó 86.782 extracciones y 208 obturaciones. Los tratamientos profilácticos administrados disminuyeron en forma sistemática entre 1993 y 1995, pero aumentaron extraordinariamente en 1996 cuando se informaron 5.102, en comparación con 867 en 1995, 3.012 en 1994 y 1.270 en 1993.

Desastres naturales y accidentes industriales. Los desastres de importancia más recientes en Guyana tuvieron que ver con errores humanos y no con fenómenos naturales. Ello impulsó al Gobierno a reexaminar el ordenamiento general del ambiente y el manejo de desastres, así como a establecer el Organismo para la Protección del Medio Ambiente.

En agosto de 1995, Guyana experimentó el peor desastre ecológico cuando se produjo una rotura de un depósito de decantación de residuos usado para almacenar agua con restos de cianuro y desechos en las minas de oro de Omai. Los ríos Omai y Essequibo fueron afectados gravemente por la descarga, observándose muchos peces muertos después del derrame. Cuando se contuvo la rotura, se habían fugado 4,2 millones de metros cúbicos de residuos del depósito. La reacción pública ante las noticias del desastre fue masiva. Según el informe de una comisión de investigación nombrada por el Gobierno, la contaminación tuvo efectos ecológicos y económicos.

En 1996, las graves inundaciones debidas a extensas roturas en los diques de contención del mar afectaron a miles de hogares y explotaciones agropecuarias en varias comunidades en las regiones de Alto Demerara y Berbice. Ello ocasionó daños a las plantaciones de arroz y otros cultivos, además de pérdidas de ganado bovino. No se registraron muertes de seres humanos ni emergencias sanitarias graves como consecuencia de las inundaciones, de manera que el impacto fue principalmente económico. Un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) sobre la inundación indicó que 9 de las 10 regiones administrativas se vieron afectadas por excesivas inundaciones como resultado de las pleamares, la lluvia y el drenaje deficiente o inexistente. El Gobierno declaró el estado de emergencia en julio de 1996. Los organismos internacionales, las organizaciones no gubernamentales y los gobiernos extranjeros colaboraron en las tareas de socorro.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La versión de 1994 del Plan Nacional de Salud preparado por el Ministerio de Salud señala y analiza muchos de los problemas que afectan al sistema de asistencia sanitaria, determina los campos prioritarios para dicha asistencia y plantea

asuntos que deben resolverse para establecer una política sanitaria nacional. La malaria, las enfermedades de transmisión sexual, las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades inmunoprevenibles y los problemas perinatales se han señalado como prioridades. El siguiente conjunto de problemas acuciantes incluye la malnutrición, los accidentes y las lesiones, la diabetes, la hipertensión, las caries dentales, la salud mental, el abuso de drogas y las afecciones de la piel (principalmente la sarna entre los niños). El plan define los objetivos y las metas para ampliar la atención primaria de salud, mejorar la asistencia secundaria y terciaria y fortalecer la gestión del sector salud.

El Ministerio de Salud, con la asistencia del Procurador General, ha iniciado una revisión exhaustiva de las leyes sanitarias anticuadas.

La reforma del sector salud

Las propuestas de 1997 de la Estrategia de Desarrollo Nacional, que aborda la reforma del sector sanitario, hacen hincapié en la promoción de la salud. Las estrategias proponían mejorar la situación de la salud física, social y mental de todos los guyaneses a fin de promover un mejor ambiente en el hogar, el trabajo y la sociedad en general; lograr que los servicios de salud sean lo más accesibles, asequibles, oportunos y apropiados que se pueda con los recursos existentes; asegurar la formulación, ejecución, vigilancia y actualización de las normas de salud; dotar a las personas de los instrumentos necesarios para responsabilizarse de su propia salud mediante la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; mejorar la eficacia del personal sanitario por medio de la educación permanente, el adiestramiento y los sistemas de gestión; invertir y compartir la responsabilidad con comunidades, organizaciones, instituciones y ministerios; y colaborar con otros países.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

Las instituciones, las organizaciones, los organismos y los individuos que participan en la prestación de la asistencia sanitaria en Guyana pueden clasificarse en siete categorías generales: 1) ministerios de Gobierno, en particular el Ministerio de Salud y el de Obras Públicas, Comunicación y Desarrollo Físico; 2) dependencias gubernamentales como el Consejo Nacional de Nutrición, la Dirección de Agua de Guyana y la Comisión de Agua y Aguas Residuales de Guyana; 3) instituciones cuasipúblicas como la Empresa Azucarera de Guyana y las empresas de bauxita LINMINE y BERMINE, que

ofrecen prestaciones médicas a los empleados y a familiares a cargo; 4) el Plan de Seguridad Nacional, al que todas las personas empleadas y que trabajan por su cuenta están obligadas a efectuar aportes, una porción de los cuales se usa para cubrir algunas prestaciones de salud; 5) distintas organizaciones no gubernamentales que participan en la prestación de servicios de salud; 6) un sector privado que incluye seis hospitales privados; una gran cantidad de profesionales privados médicos y odontológicos, farmacéuticos y curanderos tradicionales; y aseguradoras privadas que ofrecen seguro de salud; 7) organismos donantes internacionales, con inclusión del Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Unión Europea, la OPS y el UNICEF.

Los servicios de salud en el sector público se prestan en cinco niveles diferentes. Los niveles I y II incluyen los puestos de salud y los centros de salud; el nivel III, los hospitales de distrito; el nivel IV, los hospitales regionales, y el nivel V, el Hospital Público de Georgetown y los hospitales especializados.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

El Ministerio de Salud se encarga de la regulación de las leyes y las políticas sanitarias, del establecimiento y cumplimiento de las normas para la prestación de la atención sanitaria y la protección de la salud pública a nivel nacional, de la acreditación de todos los establecimientos sanitarios, de la identificación de las necesidades de recursos humanos en el sector salud, de la formación y colocación del personal sanitario, y del fomento del liderazgo en el ámbito sanitario.

En 1991 se creó la Unidad de Normas en el Ministerio de Salud; sin embargo, hasta la fecha, solo se han establecido algunas y la falta de recursos dificulta la vigilancia y la observancia forzosa. Hay muchas otras entidades interesadas en la formulación de normas y la vigilancia de su aplicación. Entre ellas, el Consejo Médico de Guyana, el Consejo de Enfermería de Guyana, la Asociación Médica de Guyana, la Asociación de Enfermería de Guyana, la Unión Pública de Servicios, hospitales privados, la Junta de Farmacéuticos y Toxicología, la Asociación de Farmacias de Guyana, la Junta Privada de Inspección de Hospitales, la Junta Central de Salud y el Departamento de Analistas del Gobierno. Aún no se implantan mecanismos adecuados para conseguir la coordinación eficaz de estos organismos.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

El Ministro encabeza el Ministerio de Salud. Del Ministro depende el Secretario Permanente, que es el Director Ejecu-

tivo del Ministerio. El Ministerio está organizado en tres secciones principales, cuyos jefes dependen del Secretario Permanente. Estos son el Oficial Médico Principal, el Administrador del Hospital Público de Georgetown y el Jefe de los Servicios Administrativos, que supervisan los fondos y al personal.

El Oficial Médico Principal se encarga de supervisar y coordinar la prestación de los servicios de salud. Cinco divisiones llevan a cabo esta tarea: el Departamento de Prevención y Control de Enfermedades; los Servicios Regionales de Salud; Normas y Servicios Técnicos; la Unidad de Planificación, y la Dirección de Educación Sanitaria y Ciencias de la Salud. Otros organismos y organizaciones también participan en las actividades de educación sanitaria, como las dependencias correspondientes del Ayuntamiento de Georgetown, la Corporación Azucarera de Guyana, el Ministerio de Trabajo, compañías del sector privado y varias organizaciones no gubernamentales que incluyen a iglesias y grupos comunitarios.

El Ministerio de Salud y los municipios se han reservado la responsabilidad de los aspectos tradicionales de la salud ambiental, si bien distintos organismos se encargan de vigilar el impacto de las actividades comerciales e industriales en la salud ambiental.

Control de la tuberculosis. La misión del programa de tuberculosis es disminuir la mortalidad, la morbilidad y la transmisión de la enfermedad hasta que ya no signifique una amenaza para la salud pública en Guyana. La retención de casos fue la mayor dificultad para el programa en 1996. Aunque se contó con medicamentos suficientes, solo 38,3% de los casos de tuberculosis infecciosa notificados entre junio de 1995 y junio de 1996 completaron el curso de tratamiento de seis meses, 43,1% lo abandonaron en los cuatro primeros, mientras que 16% lo continuaron después de los seis meses. Esta tendencia no satisface las expectativas, y en 1997 se han tomado medidas para introducir la estrategia de tratamiento acortado directamente observado (DOTS) en ciertas zonas del país, en colaboración con organismos de la comunidad.

Lucha antivectorial. El Servicio de Lucha Antivectorial es responsable del control de la malaria, la filariasis, la leishmaniasis y el dengue, y representa el medio principal del Ministerio de Salud para el diagnóstico y el tratamiento de la malaria en Guyana. El servicio colabora actualmente con el sistema de atención primaria de salud. Las actividades realizadas en 1996 incluyen la detección pasiva de casos en Georgetown y en todos los centros de población en el interior; el perfeccionamiento de las capacidades de diagnóstico en la región 8, con adiestramiento de los trabajadores comunitarios de salud en la microscopía de la malaria; y el rociamiento residual con DDT de las viviendas en las zonas de alta transmisión de malaria para complementar las otras actividades.

Salud oral. La misión del Programa de Salud Bucodental es prestar la debida atención odontológica, preventiva, restaurativa, quirúrgica, ortodóntica, periodóntica, endodóntica y protodóntica a la población por medio del Servicio Nacional de Salud, utilizando tanto personal profesional como para-profesional. Sin embargo, el servicio odontológico se concentraba casi exclusivamente en las extracciones. En 1997, el Gobierno empezó el diseño de un programa de odontología preventiva con el apoyo de diversos organismos donantes. La Unión Europea aportó los fondos para un establecimiento nuevo que ofrecerá un mayor número de servicios odontológicos en Georgetown.

En 1995, se inició el Programa Nacional de Educación en Salud Bucodental para los alumnos de las escuelas primarias. El programa pretende disminuir la prevalencia de las enfermedades orales aumentando la conciencia de los niños acerca de la importancia de la higiene bucodental y haciendo hincapié en que asuman la responsabilidad de su propia salud oral.

La Asociación Odontológica de los Estados Unidos, en colaboración con los Voluntarios de Salud en el Extranjero y la Asociación Odontológica de Guyana, han armado un programa que incluye una encuesta nacional de salud bucodental, educación permanente para los dentistas y las enfermeras dentales, y educación en salud oral. Con la asistencia de la Unidad de Planificación del Ministerio de Salud, se elaboró un programa quinquenal y un programa de trabajo anual para los servicios odontológicos.

Salud materno-infantil y planificación familiar. La situación de la salud materno-infantil y la planificación familiar en Guyana se ha fortalecido durante los últimos tres a cuatro años. Se preparó un manual que describe las normas de salud materno-infantil, aprovechando el manual de 1973, la Estrategia de Salud Materno-infantil de 1993 para el Caribe y la consulta con personas que trabajan en el terreno. El manual se presentó a los miembros del personal en 1996 por medio de una serie de talleres.

En 1995 se introdujo un instrumento simplificado y automatizado de datos de salud materno-infantil, lo que permite compendiar los datos en el momento adecuado y devolverlos a las regiones respectivas para la intervención inmediata. Los supervisores regionales recibieron entrenamiento en el uso e interpretación de estos datos y, a su vez, adiestraron a los funcionarios locales.

En el campo de la planificación familiar, se ha procurado especialmente aumentar la participación de los hombres. Fueron bien recibidos varios seminarios realizados en todo el país orientados a los hombres. Las tres escuelas de enfermería siguen adiestrando a las enfermeras en la planificación familiar. Sin embargo, la repercusión de esta capacitación es reducida porque muchas egresadas emigran o ingresan al sector privado poco después de finalizar sus estudios.

Programa Ampliado de Inmunización. En 1996 se realizó una campaña de vacunación de seguimiento con la vacuna MMR como parte de la estrategia para erradicar la transmisión local del sarampión. Entre abril y septiembre de 1996, se administró la vacuna MMR a 76.384 niños de 12 a 59 meses.

A fin de lograr que la cobertura de vacunación fuera adecuada para las enfermedades objeto del PAI, los trabajadores comunitarios de salud en localidades alejadas recibieron adiestramiento adicional en aplicación de las vacunas a los miembros de su comunidad, lo que llevan a cabo en forma mensual. Las reuniones trimestrales de evaluación del PAI se siguen realizando, y en su transcurso se evalúan las metas y se revisan los logros y las limitaciones del programa.

Vigilancia nutricional. Usando los servicios ambulatorios, en 1996 el Programa de Vigilancia Nutricional efectuó evaluaciones nutricionales, actividades promocionales de la lactancia natural a cargo del personal, suministro de suplementos de hierro/folato a las mujeres embarazadas que se atienden en los consultorios prenatales y un programa de alimentación complementaria orientado a las mujeres embarazadas y lactantes. El Comité Nacional de Lactancia Materna coordina el establecimiento de comités regionales para la promoción de la lactancia natural. Asimismo, el Comité elaboró una política nacional sobre las prácticas de lactancia materna, que fue aprobada por el Gabinete en 1997. Un programa de alimentos escolares suministra un bocadillo a media mañana en los jardines de niños y en las escuelas primarias en las regiones. Otro de los logros fue la producción de un boletín de vigilancia nutricional.

Normas hospitalarias. Un logro importante del Departamento de Normas en 1994 fue la inspección de los hospitales privados por primera vez en más de siete años. Se hicieron recomendaciones al Ministro de Salud sobre la concesión de licencias y se elaboró un conjunto de normas mínimas para el funcionamiento de los hospitales. Durante 1996 y parte de 1997 se tomaron medidas a fin de establecer un programa de control de calidad para el laboratorio clínico y mejorar la vigilancia del control de las infecciones. Estos servicios apoyan la unidad de control de calidad en el Hospital Público de Georgetown. La continuidad del personal sigue siendo un problema, lo que afecta al mejoramiento sostenido en el establecimiento y la ejecución de las normas.

Salud ambiental. El Servicio de Salud Ambiental se ha visto afectado por una disminución constante del número de funcionarios capacitados de salud ambiental en los últimos años, por razones vinculadas con las condiciones económicas del país. Para abordar este problema, se adiestró a un cuadro de personas menos calificadas para ayudar a los fun-

cionarios de salud ambiental en su programa de trabajo. A estos asistentes de salud ambiental se les enseñaron aptitudes básicas de inspección en el terreno y educación sanitaria en un programa de adiestramiento de un año. Se han realizado dos programas de un año, con 29 egresados, 25 de los cuales aún siguen empleados por gobiernos locales y otros organismos.

Otro problema de salud ambiental persistente ha sido la eliminación de los residuos sólidos en Georgetown.

Salud pública veterinaria. La Unidad de Salud Pública Veterinaria forma parte del Ministerio de Salud y sus esferas principales de actividad son la higiene y la protección alimentaria, la prevención y el control de las zoonosis y la educación sanitaria. Actualmente, la higiene y la protección alimentaria cubre los pescados y mariscos y las aves de corral, pero no la carne de ganado. En 1996, la Unidad elaboró un Plan de Acción de Inocuidad de los Alimentos y se preparó para la introducción del sistema de Análisis de los Peligros en Puntos Críticos de Control (APPCC) en la industria pesquera y de mariscos. En los primeros meses de 1997 se llevaron a cabo actividades de vigilancia de la fiebre aftosa, la rabia y la tuberculosis bovina en diversas regiones.

Promoción de la salud y educación sanitaria. El Ministerio de Salud reconoce la promoción de la salud y la educación sanitaria como el enfoque estratégico para la planificación y la prestación de asistencia sanitaria en Guyana. Con este fin, se propuso incluir a la Dirección para la Promoción de la Salud y la Educación Sanitaria en la nueva estructura del Ministerio de Salud, lo que aún no ha sido aprobado por el Ministerio de Servicio Público. El Ministerio depende en gran medida de los recursos de los organismos internacionales (OPS y UNICEF) para las actividades que incluyen el adiestramiento de los trabajadores de salud y los grupos de la comunidad en el uso de la educación sanitaria y el fomento de la salud.

Con fondos del Banco Mundial, el Ministerio de Salud emprendió un Proyecto de Atención Primaria de Salud en tres regiones, que se concentra en el desarrollo sanitario mediante la participación y la acción comunitaria. En otras regiones se están creando organizaciones comunitarias para ayudar a reducir la incidencia de malaria y tuberculosis. En todas estas zonas, la respuesta de la comunidad ha sido entusiasta.

Los proveedores de servicios de salud primarios en las comunidades de amerindios son los trabajadores comunitarios de salud, personas que siguen un programa de adiestramiento de 18 meses ofrecido por el Ministerio de Salud. En su trabajo reciben apoyo de los servicios de personal paramédico y, ocasionalmente, médico. Las dificultades relativas al terreno, el transporte y los suministros representan escollos para la prestación de servicios óptimos.

Programas para discapacitados. Las personas con discapacidades indican que ha habido muy pocos adelantos en su situación socioeconómica durante los cinco últimos años. Los profesionales de la rehabilitación y los planificadores concuerdan en que, si bien la demanda va en aumento, la disponibilidad de servicios está disminuyendo, especialmente en los niveles secundario y terciario, donde hay escasez de atención institucional y de especialistas.

Un grave problema de acceso es el que padecen las personas con discapacidades en las zonas rurales, ya que las instituciones de rehabilitación están concentradas en la capital y en los pueblos más grandes. Varias instituciones se encargan de algunos aspectos de la rehabilitación para los niños con discapacidades; ciertos servicios para adultos se prestan por intermedio del servicio de fisioterapia del Ministerio de Salud y de la Sociedad de Guyana para Ciegos.

A nivel de la comunidad, el Programa Comunitario de Rehabilitación de Guyana, de carácter no gubernamental y con financiamiento externo, ha informado de su éxito en aumentar el acceso a la rehabilitación básica pero esencial mediante la prestación de servicios a los niños y a los adultos con discapacidades. El programa, que emplea a voluntarios para la prestación de los servicios, ha contado con la participación activa de las familias y la comunidad en general en el proceso de rehabilitación, logrando de esta forma la utilización de todos los recursos existentes de la comunidad y la sostenibilidad de los programas. Reviste suma importancia para el programa poder contar con un sistema eficaz de remisión de casos entre la comunidad y otros niveles de atención de rehabilitación.

Para resolver la oferta insuficiente de profesionales de rehabilitación, en 1997 el Ministerio de Salud inició un programa de formación de asistentes de rehabilitación, una nueva categoría de técnicos multidisciplinarios de nivel medio. El programa incluirá componentes de logoterapia, fisioterapia y terapia ocupacional. Los asistentes trabajarán bajo la supervisión de los profesionales tanto en los consultorios como en la comunidad.

Se ha presentado al gobierno un proyecto de Política Nacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades en Guyana para su consideración; la elaboración del documento se guió por las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidades.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Los servicios de asistencia sanitaria se organizan en cinco niveles diferentes. Existen 39 puestos de salud en las regiones 1, 2, 7, 8, 9 y 10, que ofrecen principalmente promoción de la

salud y atención preventiva en las zonas alejadas. Hay 194 centros de salud en todo el país que brindan sobre todo atención preventiva, además de algunas actividades para el fomento de la salud, atención curativa y rehabilitación. Dieciocho hospitales de distrito con 420 camas proporcionan atención básica ambulatoria y hospitalaria, además de servicios diagnósticos selectivos. Hay cuatro hospitales regionales con 717 camas en las regiones 2, 3, 6 y 10. Prestan servicios ambulatorios y hospitalarios generales, servicios de diagnóstico y servicios de especialistas en ginecología y obstetricia, medicina general, cirugía y pediatría. El Hospital Público de Georgetown cuenta con 601 camas y ofrece una amplia gama de servicios de diagnóstico, atención hospitalaria especializada y referencia de pacientes ambulatorios. Su función es prestar tratamiento costoso especializado y pruebas de diagnóstico complejas. Existen tres hospitales especializados: un hospital psiquiátrico en Berbice, un leprocomio en Mahaica y un hospital geriátrico en Georgetown. Además, hay seis hospitales privados en Georgetown y cinco hospitales de empresas ubicados en las regiones 1, 4 y 10.

Insumos para la salud

En el sector público, los medicamentos y los suministros médicos se adquieren en distintos lugares, como UNIPAC, un servicio de UNICEF que provee medicamentos y suministros médicos a los gobiernos a precios competitivos. La Empresa Farmacéutica de Guyana fabrica algunos medicamentos y suministros médicos para el mercado local. La adquisición y distribución privada de medicamentos y suministros médicos es también significativa.

El Departamento de Analistas del Gobierno debe certificar las preparaciones farmacéuticas que ingresan al país para uso tanto en el sector público como en el privado. El Ministerio de Salud utiliza el Laboratorio Regional del Caribe de Prueba de Medicamentos (establecido para que los Estados Miembros de CARICOM se beneficien de arreglos eficaces en función de los costos) para probar los suministros que adquiere. La distribución está a cargo del Ministerio de Salud o de las autoridades regionales o se realiza por contrato con el sector privado. Guyana posee un proyecto de Política Nacional sobre Medicamentos, pero no ha sido llevado a la práctica en su totalidad.

La escasez de fondos y recursos humanos interrumpe el suministro de medicamentos esenciales, lo que afecta a los establecimientos de salud distantes y al Hospital Público de Georgetown. Por término medio, aproximadamente 70% de los medicamentos esenciales son almacenados en los centros de salud y en los hospitales. En 1997 se introdujo una lista revisada de medicamentos esenciales. El Ministerio de Salud está preparando una lista de medicamentos esenciales y un

formulario para el Hospital Público de Georgetown y otros establecimientos de salud.

El costo y la importancia de los medicamentos y los suministros médicos hace que la disponibilidad de locales adecuados de almacenamiento sea crítica. Sin embargo, no hay suficientes establecimientos en Guyana, y los que existen no cumplen todas las normas.

Recursos humanos

El Cuadro 1 resume la distribución por categoría del personal del sector sanitario.

Investigación y tecnología en salud

Guyana depende casi exclusivamente de las importaciones para la tecnología sanitaria. Se consideran prioridades la creación y el mantenimiento de sistemas para vigilar la cali-

dad, el estado, la ubicación y la utilización de equipos biomédicos y de otro tipo. Se está estableciendo un programa de mantenimiento preventivo con la asistencia de organismos externos.

Gasto y financiamiento sectorial

Desde 1990, las asignaciones del gobierno en materia de salud han aumentado en forma sostenida. En 1996 se gastaron en salud G\$ 2,88 millones (US\$ 20,5 millones), en comparación con G\$ 0,4 millones (US\$ 10,1 millones) en 1990; es decir, un aumento superior al 600% en seis años. En 1996, los gastos sanitarios representaron 6,3% del presupuesto nacional, en comparación con 8,3% en 1995 y 5,3% en 1992. Durante los años 1992 a 1995, el aumento del gasto en salud se debió principalmente a los gastos de capital, que representaron 42% de los gastos totales en este período, en comparación con 17% en 1990. El aumento fue resultado del costo de construir el Centro de Atención Ambulatoria, Quirúrgica y de

CUADRO 1
Distribución de recursos humanos por categoría de servicio, Guyana, 1997.

Ocupación sanitaria	Central	Regional	Cuasipúblico	Municipal	Privado	Total
Médico	—	43	—	—	—	43
Oficial médico general	50	—	6	1	26	83
Consultor	9	—	—	—	18	27
Dentista general	9	9	—	—	14	32
Cirujano dental	—	—	—	—	—	—
Farmacéutico	8	7	3	—	111	129
Enfermera profesional ^a	293	312	25	12	115	757
Otros profesionales de la salud ^b	48	8	2	—	30	88
Partera (programa de adiestramiento de 12 meses)	48	109	5	—	3	165
Medex (programa de adiestramiento de 18 meses)	8	31	24	—	1	64
Técnico de salud ^c	8	3	—	—	9	20
Auxiliares de enfermería ^d	80	—	18	1	64	163
Otros auxiliares ^e	112	111	—	4	8	235
Asistentes de enfermería	245	267	20	—	10	542
Total del personal sanitario	918	900	103	18	409	2.348
Administración y servicios generales	32	10	2	—	9	53
Técnicos administrativos y de servicios generales ^f	131	30	3	—	124	288
Auxiliares administrativos y de servicios generales ^g	406	100	59	7	144	716
Total de servicios generales y administración	569	140	64	7	277	1.057
Personal total	1.487	1.040	167	25	686	3.405

^a Incluye enfermeras diplomadas, enfermera/obstetra diplomada, visitantes médicos, enfermeras de salud pública y tutores de servicios de salud.

^b Incluye fisioterapeutas, tecnólogos médicos, radiógrafos y técnicos de radiografía.

^c Incluye técnicos (dispensadores, polivalentes, ortopédicos, biomédicos) y asistentes de fisioterapia.

^d Incluye auxiliares de enfermería.

^e Incluye asistentes (dentales, ortopédicos, de laboratorio, dispensadores, de consultorio), trabajadores comunitarios de salud y asistentes de salud ambiental.

^f Incluye secretarías, recepcionistas, oficinistas, mecanógrafos, asistentes de oficina, contadores y estadísticos.

^g Incluye trabajadores de mantenimiento, conductores, porteros, ayudantes, guardias, empleadas, lavanderas, cocineros, costureras y sastres.

Diagnóstico del Hospital Público de Georgetown, y la disminución de 63% en los gastos de capital de 1995 a 1996 se debió a la finalización de este proyecto.

El gasto sanitario del Gobierno per cápita también aumentó en los últimos años. Si bien el monto registrado fue de G\$ 538 (US\$ 13,6) en 1990, ascendió a G\$ 3.741 (US\$ 26,56) en 1996. Estas cifras se expresan en precios nominales, de modo que parte del aumento es atribuible a la inflación.

El factor inflación queda eliminado en gran parte cuando los gastos de salud pública se analizan en relación con el PIB. En 1996, el gasto sanitario del Gobierno representó 3,45% del PIB, una disminución en comparación con más de 4% en los años anteriores. En 1995, la cifra fue de 5,17%. Además, las cifras relativamente altas durante los años 1992 a 1995 pueden explicarse por los costos de capital de la construcción en el Hospital Público de Georgetown. Sin embargo, en comparación con la cifra de 1990, los niveles reales estimados de los gastos de salud han mostrado una mejora significativa, aun excluyendo los costos de construcción.

Tradicionalmente, el Gobierno y las instituciones cuasipúblicas han sido los prestadores dominantes de asistencia sanitaria en Guyana. En los últimos años, sin embargo, la disminución en la cantidad y calidad de los servicios del Estado ha contribuido a que el aporte del sector privado independiente adquiriera mayor importancia. En 1994, el sector privado de la salud comprendía a 14 médicos cuyo ejercicio era de tiempo completo. Aproximadamente otros 15 médicos trabajaban con el Ministerio de Salud, pero también ejercían a tiempo parcial. Por otra parte, había alrededor de 20 médicos de tiempo completo en seis hospitales privados, todos localizados en Georgetown.

El Ministerio de Salud está ideando actualmente un nuevo enfoque para financiar la asistencia sanitaria, que incluye la fijación de tarifas al usuario para ciertos servicios. Solo existen tres tipos de tarifas de este tipo en el sector sanitario pú-

blico: los honorarios por servicios de fisioterapia, las pruebas de embarazo en laboratorio y las habitaciones privadas. Los cargos por habitación se han ajustado recientemente teniendo en cuenta lo que cobraría un hospital privado por una habitación similar, pero los honorarios correspondientes a la fisioterapia y las pruebas de embarazo no se han ajustado desde hace años y no reflejan los costos de la prestación del servicio.

En 1996, el 30,85% del gasto sanitario gubernamental se destinó a medicamentos y suministros médicos. En el presupuesto de 1997, 30,96% se consagró a dicho gasto. En teoría, esta cantidad podría cubrir las necesidades nacionales, pero debido a la ineficiencia de los sistemas de adquisición y distribución, los medicamentos y los suministros médicos no están llegando a un segmento considerable de la población.

Cooperación técnica y financiera externa

La contribución del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo al sector salud entre 1992 y 1996 ascendió a US\$ 1.097.473. En 1996, la contribución fue de US\$ 269.141, distribuida por medio del Proyecto Multisectorial de Voluntarios de las Naciones Unidas. El foco de interés de este proyecto respecto al sector sanitario es prestar asistencia técnica para mejorar los servicios de salud y fortalecer la capacidad de las contrapartes nacionales que trabajan en el sector salud. El proyecto financió los contratos de 12 especialistas en los campos de pediatría, cirugía ortopédica, anestesiología, ginecología y obstetricia, cirugía general, oftalmología, logoterapia y garantía de la calidad. Algunos de ellos están ofreciendo adiestramiento formal en la Facultad de Medicina de la Universidad de Guyana. Varias enfermeras también se han beneficiado del adiestramiento en obstetricia y enfermería oftálmica y pediátrica.

HAÍTÍ

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La República de Haití ocupa el tercio occidental de la isla de La Española, que comparte con la República Dominicana. El país se divide en 9 departamentos, 133 comunas y 561 secciones comunales. Sus carreteras están en mal estado y se usa mucho el transporte marítimo entre las ciudades costeras.

Los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento básico son todavía muy deficientes. Ninguna ciudad tiene un sistema público de alcantarillado y hay solamente plantas aisladas de tratamiento de aguas servidas en todo el país. El manejo de los residuos sólidos es un grave problema; las prácticas deficientes de evacuación de excretas han contaminado casi todas las 18 fuentes de abastecimiento de Puerto Príncipe. Los sistemas de drenaje son inadecuados y cualquier tempestad fuerte produce graves inundaciones. El creciente número de vehículos automotores y su mantenimiento inadecuado han creado un grave problema de contaminación del aire en Puerto Príncipe.

Cada año, aproximadamente 20.000 toneladas de tierra cultivable son llevadas hacia el mar debido a deforestación y erosión. Este fenómeno se agrava por la producción de carbón vegetal en el campo y una intensa presión de la agricultura en las cuevas más empinadas.

Las principales tendencias en la economía haitiana en el último decenio indican una continua baja del producto interno bruto real y un aumento neto del desempleo. Las sanciones económicas impuestas en 1991 deterioraron aún más la economía. En 1994, el producto interno bruto (PIB) se redujo al nivel registrado antes de 1980. Esto ocurrió paralelamente con una tasa de crecimiento demográfico de 2,1% y una exorbitante baja del ingreso per cápita de 1990 a 1995. La tasa de crecimiento de 4,2% del PIB notificada para 1994–1995 no permitió neutralizar la reducción de 25% de

ese indicador durante el embargo (1991–1994), por lo que Haití mantuvo su posición como el país más pobre del Hemisferio Occidental. Según las cifras del Banco Mundial, el PIB per cápita fue de US\$ 220 en 1994, equivalente a US\$ 896 ajustados según la paridad del poder adquisitivo (PPA), uno de los más bajos del mundo.

La tasa de inflación alcanzó un promedio de 25,4% entre 1991 y 1994 y aumentó a 27% en 1995. La tasa de desempleo se estima en 70%.

Las reformas en marcha reflejan el compromiso adquirido por el Gobierno de establecer una economía de mercado abierto que exige ajustes estructurales de carácter económico, como la privatización de los servicios y empresas administrados por el Estado, la descentralización, la racionalización del gasto público y el empleo en el sector público, además de una política tributaria eficaz.

En las proyecciones hechas por el Instituto Haitiano de Estadística y Tecnología de Información, junto con el Centro Latinoamericano de Demografía, se estimó la población de Haití en 7.180.296 habitantes en 1995. Las personas menores de 15 años de edad representaban 40% de la población total y los niños menores de 5 años, 15%. Las personas en edad de trabajar, de 15 a 64 años, constituían 56% de la población. Aproximadamente 25% de la población estaba constituida por mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años). La población de 65 años y más representaba solamente 4% del total.

Las proyecciones para 1995–2000 colocan la tasa bruta de natalidad en 34,1 por 1.000 y la tasa bruta de mortalidad en 10,72 por 1.000. La tasa de fecundidad se estimó en 4,8 niños por mujer. A partir de estas estimaciones y de una tasa anticipada de crecimiento demográfico de 2% anual, se estimó que la población llegará a 8 millones en el año 2000. Haití tiene una de las mayores densidades de población de todos los países latinoamericanos, con 260 habitantes por km² en 1995 y 885 habitantes por km² de tierra cultivada.

El porcentaje de la población urbana en 1994 fue de 33%, el más bajo del Hemisferio. Sin embargo, en los últimos años ha

aumentado, con una rápida proliferación de barrios marginales en las ciudades haitianas (Cap-Haïtien, Gonaïves, Les Cayes). Más de un tercio de la población (34,7%) vive en Puerto Príncipe, la capital. El éxodo rural ha sobrecargado la situación de vivienda, particularmente en Puerto Príncipe. La construcción desordenada de viviendas llevó a erigir muchas casas en zonas de drenaje, lechos fluviales y zonas protegidas de aprovechamiento de recursos hídricos.

Ocurrieron importantes desplazamientos migratorios entre 1991 y 1994. Hubo emigración interna al campo después del golpe de septiembre de 1991, a raíz del cual huyeron unas 200.000 personas de Puerto Príncipe para refugiarse en las zonas rurales. Desde 1995, ha habido un aumento de la emigración interna de regreso a Puerto Príncipe, acompañado de una baja de la inmigración ilegal. Se estima que hay más de 2.000.000 de haitianos residentes en el exterior, sobre todo en el Canadá, los Estados Unidos, Francia y la República Dominicana.

Varios factores jurídicos, administrativos y culturales afectan a la calidad e integridad del registro de nacimientos y defunciones en Haití.

No hay un método sistemático para acopiar, tramitar y divulgar información sobre mortalidad. Casi la mitad de las defunciones ocurren en los cinco primeros años de vida. Según una encuesta sobre morbilidad, mortalidad y uso de servicios realizada por el Instituto de Salud Infantil en 1994-1995 (EMMUS-II), 74 de cada 1.000 nacidos vivos mueren antes de cumplir 1 año de edad y aproximadamente 131 no llegan a los 5 años. En 1987, una encuesta anterior (EMMUS-I) indicó que la mortalidad infantil era de 101 defunciones por 1.000 nacidos vivos.

Ha habido una continua mejora del coeficiente neto de matrícula en la escuela primaria en el último decenio. La matrícula aumentó de 37,2% a 44,1% entre 1988 y 1991 y la estimación para 1995 es de 51,4%, con valores similares para los hombres (51,8%) y las mujeres (48,2%), pero esto ha ido acompañado de una reducción del tamaño promedio de los planteles escolares, un creciente número de escuelas de mala calidad y hacinamiento. La asistencia a la escuela de los niños de familias de bajos ingresos está limitada por el costo de la matrícula escolar y restringida por el trabajo infantil.

Los dos idiomas oficiales son el francés y el creole, pero este último es el idioma que emplean a diario todos los segmentos de la sociedad.

La percepción individual de la enfermedad que existe en Haití se basa en una herencia cultural sumamente compleja. Hay varias clases de curanderos tradicionales, incluso curanderos espirituales. Varias prácticas de alimentación inadecuadas tienen graves efectos perjudiciales para la salud (por ejemplo, la administración de purgantes a los recién nacidos durante los primeros días después del nacimiento y la alimentación de esos niños con papilla o alimentos

sólidos). Cuarenta y dos por ciento de los recién nacidos son alimentados con biberón en el primer mes; se estima que menos de 1% de los niños se alimentan totalmente con leche materna a los 6 meses de edad.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

Las principales causas de mortalidad infantil en Haití son las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y la malnutrición. Las principales causas de hospitalización de los niños de 0 a 14 años en 1995 fueron la prematuridad (23%), la neumonía (16%), la malnutrición (8%), la meningitis (8%), la fiebre tifoidea (6%) y la gastroenteritis (5%).

En 1991, el Centro de Investigación sobre Recursos Humanos realizó una encuesta en tres ciudades de tres departamentos distintos. La encuesta dio una idea general de la situación de los niños (varones y niñas menores de 18 años) en circunstancias particularmente difíciles, incluidos varios grupos: niños empleados en el servicio doméstico, niños abandonados, huérfanos, delincuentes juveniles encarcelados, trabajadores sexuales (varones y niñas), niños maltratados y niños callejeros.

La expresión "niños callejeros" se refiere a los niños cuyo único hogar es la calle y que solamente encuentran comida y albergue en la calle. En 1991, el número de niños callejeros en Haití osciló entre 1.500 y 2.000 en Puerto Príncipe, más de 100 en Cap-Haïtien y un poco menos de 100 en Les Cayes. Casi todos son varones pero el número de niñas parece aumentar y representa 18% de los niños entrevistados en Puerto Príncipe. La edad media de esos niños es de unos 11 años; 55% de ellos tienen de 12 a 18 años de edad y 14%, 5 y menos. Sus problemas de salud comprenden dolor de cabeza, fatiga, insomnio y ansiedad. Son particularmente vulnerables a tuberculosis, anemia, enfermedades de la piel y enfermedades de transmisión sexual. Muchos de esos niños son toxicómanos (53% de la muestra tomada en el centro de la ciudad).

Otro grupo estudiado está formado por niños o niñas empleados por una familia para ayudar en los quehaceres domésticos a cambio de comida, alojamiento, educación y atención de salud; se les llama "restavek". En 1991, esta categoría incluyó a cerca de 130.000 niños. Entre 60% y 80% de ellos son del sexo femenino y 82% viven en las zonas urbanas. Estos niños provienen de familias de bajos ingresos (56%-86%, según la zona). Casi todos ellos se colocan en hogares con ingresos mensuales de menos de G 1.250 (US\$ 80); no se les cuida debidamente y tienen menos probabilidad que

otros de recibir atención médica. Entre los principales problemas de salud de este grupo está el abuso sexual. Cuatro de cinco niños declararon que se les había golpeado.

La salud del adolescente (de 10 a 14 y de 15 a 19 años de edad)

Un estudio realizado en 1992 en Cité Soleil (el principal barrio pobre de la capital) por el Equipo de Investigación, Cultura, Salud y Sexualidad reveló que muchos residentes jóvenes eran sexualmente activos a los 13 años de edad. El uso de anticonceptivos es sumamente raro en este grupo de edad. Según los datos de la EMMUS-II, solo 4,4% de los sexualmente activos en el momento de la encuesta habían usado algún método anticonceptivo moderno y 8% de todos los nacimientos correspondieron a madres adolescentes de 15 a 19 años de edad. En una encuesta previa se observó que 4,6% de los embarazos de adolescentes terminaron en parto prematuro (en comparación con 2% en otros grupos de edad). El riesgo de desarrollar eclampsia es dos veces mayor en el grupo de adolescentes menores de 20 años.

Quince por ciento de las defunciones relacionadas con el parto ocurrieron en adolescentes. Casi 4% de las adolescentes tuvieron aborto provocado, con mayores tasas en las ciudades (6,3%–7%) que en las zonas rurales (2,5%). Entre 1991 y 1992, el Instituto de Salud del Niño realizó un estudio de seroprevalencia de púerperas infectadas por el VIH-1, que reveló que 7,4% (1 de 13 adolescentes sexualmente activas) eran HIV positivas en las zonas metropolitanas, en comparación con 4,1% (1 de 28) en las zonas rurales o semirurales. Otras enfermedades también figuran en lugar destacado en la salud del adolescente. La fiebre tifoidea representó cerca de 64% de las internaciones de niños de 9 a 14 años en el pabellón pediátrico del Hospital Universitario del Estado, y la meningococia, 28%.

La salud de la mujer

Las mujeres representaron aproximadamente la mitad de la población total (51%). Los datos de EMMUS-II subrayaron el grado de subrepresentación de los hombres en las zonas urbanas, donde las mujeres constituyen 55% de la población. En el campo de la educación, las niñas y los varones tienen la misma oportunidad de asistir a la escuela primaria, pero las mujeres del grupo de 16 a 24 años de edad parecieron estar en desventaja en comparación con sus homólogos del sexo masculino. En el nivel de la escuela primaria, el número total de años de escolaridad de las niñas es de 0,5 a 2,1 años menor que el de los varones. Las mujeres también ingresan al mercado de trabajo a temprana edad; alrededor de 10% de las niñas de 5 a 9 años de edad y 33% de las de 10 a 14 pueden

considerarse económicamente activas. Las mujeres representaron de 70% a 75% de la fuerza laboral en las fábricas de ensamblaje del país. A pesar de la legislación existente, las trabajadoras tuvieron poca protección contra los accidentes y enfermedades de trabajo y no gozaron de beneficios de salud ocupacional. Los beneficios de maternidad se limitaron a una ínfima parte de la población en cuestión.

Debido a la inseguridad alimentaria y a los cortos intervalos entre nacimientos, la malnutrición crónica, incluso la anemia, estaba muy propagada entre las mujeres en edad de procrear. Los principales indicadores comprenden elevada prevalencia de insuficiencia ponderal al nacer (estimada en 15%), anemia de la mujer (de 35% a 50%) e índice de masa corporal inferior a 18,5 kg/m² (estimado en 18%) y una alta tasa de mortalidad materna (estimada en 456 por 100.000 nacidos vivos).

En 1995, el Centro de Investigación y Acción para la Promoción de la Mujer realizó un estudio nacional sobre la violencia contra la mujer. En una muestra aleatoria de 14 comunas de un total de 132, se seleccionó al azar a 1.705 familias y participaron 550 hombres y 1.354 mujeres. Se notificó un total de 1.935 casos de violencia: la violencia se clasificó como física (33%); sexual (37%), categoría en la cual el estupro representó 13% del total; política (2%); social (2%); psicológica (2%), y sin especificar (25%). Casi todas las víctimas de la violencia eran mujeres jóvenes (81% de todos los casos de violencia documentados correspondieron a mujeres de 10 a 34 años de edad).

Aunque las mujeres desempeñaban una función de importancia crítica en el cuidado de la salud de su familia y de sus hijos y representaban la mayoría del personal de atención de salud (25% de los médicos, 85% de los enfermeros y 92% del personal auxiliar), no había programas de atención preventiva destinados específicamente a la mujer, como exámenes regulares para la detección temprana del cáncer del cuello uterino y de mama.

Según un estudio realizado por el Hospital Albert Schweitzer, el cáncer afecta más a las mujeres que a los hombres (55% de los casos son de mujeres). El cáncer del cuello uterino es la forma más común de cáncer en la mujer. De conformidad con esa fuente, solo 6% de todos los carcinomas ectocervicales de células escamosas fueron carcinomas in situ, casos atribuibles a la falta de detección precoz. Con frecuencia cada vez mayor, las mujeres son víctimas de la infección por el VIH; 53% de las parejas femeninas de los hombres infectados son portadoras del VIH.

En el período 1990–1995, la esperanza de vida se estimó en 58,3 años para las mujeres y en 54,9 años para los hombres. La tasa global de fecundidad de las mujeres de 15 a 49 años es de 4,8 niños. Casi todas las mujeres indicaron que deseaban tener solo tres hijos.

Cerca de 71% de las mujeres entrevistadas durante EMMUS-II declararon que habían sido atendidas por un profesional de salud o una partera tradicional durante el parto. Ochenta por ciento de las entrevistadas habían tenido su último hijo en casa. Por lo general, 50% de las mujeres que vivían en Puerto Príncipe daban a luz en un hospital, en comparación con solo 31% de los nacimientos ocurridos en otras zonas urbanas y 9% de los ocurridos en las zonas rurales. Las principales causas de defunción materna son el parto obstruido (8,3%), la toxemia (16,7%) y la hemorragia (8,3%). La elevada tasa de mortalidad materna se debe sobre todo a atención prenatal inadecuada.

Según la EMMUS-II, se estima que 68% de las mujeres embarazadas se sometieron al menos a un examen prenatal por un profesional de atención de salud y 66% recibieron al menos una dosis de toxoide tetánico. Hay grandes disparidades entre los datos correspondientes a las madres que tienen por lo menos educación primaria (94% recibieron atención prenatal y 74% fueron vacunadas contra el tétanos) y las mujeres sin educación formal (53% recibieron atención prenatal y 58% fueron vacunadas contra el tétanos). También hay grandes disparidades entre las zonas urbanas y las rurales.

Entre las mujeres embarazadas, 34% tuvieron cuatro exámenes prenatales o más; 26%, de dos a tres, y 8%, solo uno. Treinta y dos por ciento dieron a luz sin ninguna clase de atención prenatal.

Los métodos más populares de control de la natalidad fueron las píldoras anticonceptivas, la esterilización femenina, las inyecciones y los condones (3% en cada caso). De las mujeres sexualmente activas, 13% emplearon un método anticonceptivo "moderno" y 4%, métodos tradicionales. De los hombres sexualmente activos, 17% emplearon un método moderno (6% condones) y 16%, métodos tradicionales. Existen grandes contrastes entre las zonas urbanas y rurales (razón de 2:1). También hay variaciones evidentes en las mujeres con educación primaria o secundaria en comparación con quienes carecen de educación formal (razón de 3:1). De las mujeres sexualmente activas, 43% declararon que deseaban usar métodos de control de la natalidad en el futuro. De los hombres entrevistados, 40% mostraron la misma inclinación. Se dispone de pocos datos sobre el aborto.

La salud de los discapacitados

La población discapacitada de Haití se estimó en 800.000 habitantes, en su mayoría adultos. Hay 85.000 ciegos. En 1995, en los dispensarios de atención ocular se trató a 25.000 pacientes, 600 de los cuales se sometieron a cirugía. Las principales causas de ceguera de los adultos examinados son cata-

ratas (34%), infecciones (13%) y glaucoma (9%), mientras que la ceguera en los niños se debe sobre todo a infecciones (45%), cataratas (8%) y glaucoma (5%). En 1995 se notificó una cifra sin precedentes de 50 casos de ceguera como complicación del sarampión. En ese mismo año, la Escuela Saint Vincent, un establecimiento de atención especializada para niños discapacitados, trató a 2.058 pacientes afectados por discapacidad motora y neurológica. Según los datos de dicha Escuela, los casos de discapacidad más frecuentes son pie zambo; problemas ortopédicos, algunos de los cuales se deben a poliomielitis; deformidades; hidrocefalia; secuelas de meningitis; secuelas de anoxia neonatal; deformidades congénitas, y hemiplejía cerebral infantil.

La salud de los presos

La población de las prisiones está expuesta a varios factores de riesgo relacionados con el hacinamiento. El total de presos aumentó de 1.500 en junio de 1995 a más de 2.817 en diciembre de 1996. En la Penitenciaría Nacional, de 200 a 300 reclusos comparten un solo cuarto de 400 m²; en otra instalación, 13 reclusos pueden compartir un espacio de 5 m². Hay algunas mujeres y pocos niños en el centro de detención, aunque hay una prisión especial de mujeres y menores de edad (Fort-National) en Puerto Príncipe. El mal estado de las instalaciones, la escasez de agua limpia y las condiciones de saneamiento extremadamente deficientes agravan los generalizados y graves problemas de salud que afectan a la población encarcelada.

En noviembre de 1995 ocurrió una epidemia de beriberi en la Penitenciaría Nacional, que afectó a 84 de 1.000 reclusos. Diez de ellos murieron, lo que representó una tasa de letalidad de 12%. Esos reclusos se alimentaron por completo con comida preparada en la cárcel. Posteriormente, hubo dos brotes menos graves en marzo y junio de 1996. Se han tomado varias medidas para resolver este problema.

La Administración Nacional de Prisiones, establecida en 1995 y adscrita al Ministerio de Justicia, maneja 18 instalaciones carcelarias. En octubre de 1994, el PNUD inició un proyecto para apoyar la reforma del sistema carcelario, con asistencia de la AID (EUA) y del Gobierno de Francia. El UNICEF ayudó a mejorar las condiciones de los delincuentes juveniles en los centros de detención, sobre todo por medio de la promoción de esta causa; la OPS y otros organismos trabajan en el componente de salud y nutrición del proyecto. Se mejoraron los puestos de salud existentes y se establecieron otros en la mayoría de los centros de detención entre 1995 y 1996 (por ejemplo, un dispensario de 20 camas en la Penitenciaría Nacional para una población destinataria de más de 1.000 reclusos). Se nombró a 20 auxiliares de salud.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. La malaria se considera un problema de salud pública en Haití, especialmente en las zonas rurales. En algunas regiones, presenta un patrón de transmisión constante durante el año; en otras, la transmisión es estacional y coincide con la temporada de lluvia. *Plasmodium falciparum* es prevalente en todo el país. Los últimos casos autóctonos confirmados de infección por *Plasmodium vivax* ocurrieron en 1983. Casi todos los casos de transmisión de malaria ocurren en las zonas costeras a alturas inferiores a 300 metros, en particular en las zonas productoras de arroz densamente pobladas en el sur y en Artibonite. La enfermedad sigue confinada a ciertos focos y algunas zonas muestran un índice de positividad de 5% a 10%. Las estimaciones hechas en 1988, como parte de la formulación de una estrategia de control de la malaria, ascendieron a 250.000 casos anuales de malaria, con una tasa de letalidad de 1%. Los índices de láminas positivas en el período 1991–1994 son excepcionalmente altos y varían de 31,2% a 42%.

La cloroquina es todavía el medicamento preferido para el tratamiento de la malaria. No ha habido casos documentados de resistencia a sus 4-aminoquinolinas. En las pruebas de sensibilidad a la cloroquina realizadas en 1995 no se encontraron cepas de *P. falciparum* resistentes a la cloroquina. Dado el uso generalizado de cloroquina, se seguirá asignando alta prioridad a las operaciones de vigilancia de la sensibilidad del parásito a este medicamento. Su principal vector, *Anopheles albimanus*, es resistente a los compuestos organoclorados (DDT).

Se considera que el dengue es una enfermedad endémica. El vector de la enfermedad, *Aedes aegypti*, se encuentra en todo el país y se han notificado tasas de infestación extremadamente altas con el transcurso de los años, particularmente en las zonas urbanas. Los datos recolectados hace 10 años por el Departamento de Salud Pública colocan la tasa de seroprevalencia en 3%. En 1994 se notificó un brote de dengue en Puerto Príncipe en soldados estadounidenses integrantes de la fuerza multinacional. Se encontró el serotipo 1 en aislados de muestras tomadas de pacientes con enfermedades febriles. Los serotipos 1, 2 y 4 se encuentran comúnmente en Haití, pero el serotipo 3 no se ha identificado nunca. La omnipresencia del vector representa una constante amenaza de brotes de dengue hemorrágico.

La filariasis linfática, encontrada en focos urbanos dispersos, sobre todo en el norte y en el Golfo de La Gonâve, es todavía una grave amenaza para la salud pública en Haití. *Wuchereria bancrofti*, transmitido por *Culex quinquefasciatus*, se está transformando en un microorganismo mesohiperendémico en las zonas costeras. Sus efectos son más visibles en los

niños y los hombres, que generalmente sufren elefantiasis del escroto. Los estudios realizados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos indican que más de 20% de la población de la mayoría de las ciudades costeras, incluso Léogâne, Petit-Goâve, Arcahaie y Limbé, es portadora de microfilarias. Muchos hombres mayores de 15 años de la región de Léogâne sufren de hidrocele; 5% de la población local tiene elefantiasis del pie.

Enfermedades inmunoprevenibles. En agosto de 1994, la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomieltis declaró a Haití exento de poliomieltis y desde entonces ningún caso de parálisis flácida se ha confirmado como poliomieltis. No obstante, las tasas de vacunación se mantienen muy bajas (30% en 1995).

Entre 1989 y 1994, la tasa promedio de sarampión fue de 24 por 100.000 personas. En julio de 1991 se produjo un brote epidémico de sarampión en todo el país. Desde que se realizó la campaña nacional de vacunación en 1994–1995, no se han confirmado casos de sarampión. La tasa de vacunación regular de los niños menores de 1 año en 1995 se estimó en 75%.

En febrero de 1996 se confirmó un caso de difteria mediante cultivo. El paciente era un niño de 9 meses a quien se había administrado solamente una dosis de la vacuna DPT. No se notificaron casos de tos ferina en 1995. La tasa de vacunación con las tres dosis de DPT fue de 30% en 1995.

En cuanto al tétanos neonatal, se notificaron 78 casos en 1995 en todo el país. Durante los seis primeros meses de 1997, 39 sitios centinela de los nueve departamentos notificaron 31 casos de tétanos neonatal.

Se detectó el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en 5,5% de los donantes examinados en 1990. En 1996, el Instituto de Salud Infantil y los Centros del Grupo Haitiano de Estudio del Sarcoma de Kaposi e Infecciones Oportunistas realizaron estudios serológicos centinela en instalaciones de nueve sitios (uno por departamento) en los que se detectó el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en 2% a 7% de las mujeres embarazadas.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. Hasta julio de 1997 no se habían notificado casos de cólera. El sistema de vigilancia epidemiológica establecido para la diarrea aguda permitió identificar a *Vibrio furnissii* por primera vez en el Caribe y a *Vibrio cholerae* distinto del tipo 01 aislado de una muestra de materia fecal tomada a un paciente con síntomas similares a los de cólera.

De 1987 a 1994, en las encuestas nacionales de salud se detectó una marcada baja de la incidencia de diarrea en niños menores de 5 años de edad (de 43% a 27,6% en la quincena anterior a las encuestas); sin embargo, los valores siguen siendo muy altos y han alcanzado 47,7% en el grupo de 6 a 11 meses de edad. Las enfermedades diarreicas son la principal

causa de enfermedad y defunción de los niños menores de 5 años y a menudo están relacionadas con infecciones respiratorias agudas y malnutrición. Según la EMMUS-II, solo 31,6% de los niños con diarrea (un aumento en relación con 16,4% en 1987) recibieron tratamiento de rehidratación oral en la casa. Solo 14% de los niños con diarrea fueron tratados en un establecimiento de atención de salud o por un profesional.

La fiebre tifoidea es endémica en Haití. En 1991 se confirmó una epidemia de grandes proporciones en varias comunidades de bajos ingresos de Puerto Príncipe. En 1992–1993 se notificaron varios focos epidémicos, predominantemente en el sur. El centro de salud de Les Cayes, que atiende a 100.000 residentes locales, notificó que 12,5% de 2.500 pacientes examinados en enero de 1993 sufrían fiebre tifoidea. De julio a diciembre de 1995 la fiebre tifoidea causó 6% de las internaciones en el pabellón pediátrico del Hospital Universitario del Estado. Ocupó el quinto lugar entre las principales causas de hospitalización.

Enfermedades crónicas transmisibles. Entre 1981 y 1990 se notificaron más de 6.000 nuevos casos de tuberculosis anualmente a la OMS; en 1991, fecha de la última notificación, se registraron 10.237 casos, o sea 154,7 por 100.000. La incidencia de tuberculosis en Haití se estima en 180 por 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad es elevada debido a la pobreza generalizada, la malnutrición, el acceso limitado a atención de salud y la epidemia de infección por el VIH y sida en el país. En un estudio realizado en el período 1992–1993 se descubrió una seroprevalencia de 19% de VIH en un grupo de 240 pacientes tuberculosos. Los datos correspondientes a 1991 muestran que 50% de todos los pacientes con sida padecían de tuberculosis. Estudios de seroprevalencia hechos en niños en 1996 confirmaron la estrecha relación existente entre la tuberculosis y la infección por el VIH. Los niños de 16 meses a 5 años con tuberculosis tienen un riesgo 5,85 veces mayor de ser VIH positivos que otros del mismo grupo de edad exentos de la enfermedad. En 1995, la polifarmacorresistencia complicó aún más los esfuerzos hechos por tratar la tuberculosis.

Entre 1977 y 1996, los dos establecimientos de referencia del país, a saber, el Hospital Providence de Gonaïves (Artibonite) y el Instituto Fame Pereo de Puerto Príncipe, atendieron a 1.998 pacientes de lepra, de los cuales 80,5% eran casos paucibacilares y 19,5%, multibacilares. La división de los pacientes con lepra por grupo de edad revela que 21% eran niños menores de 15 años, de los cuales 12,6% eran casos multibacilares. De los 521 casos de lepra diagnosticados entre 1993 y 1996, se notificaron 22 casos de discapacidad del grado 2 y superiores.

Infecciones respiratorias agudas. Los datos producidos por la EMMUS-II correspondientes a 1994 mostraron que

20% de los niños menores de 5 años habían sufrido infecciones respiratorias agudas en las dos semanas anteriores a la encuesta. En 1994, las infecciones respiratorias agudas causaron 25% de las defunciones de niños menores de 5 años de edad y la neumonía fue la principal causa de defunción de pacientes con infecciones respiratorias agudas. En el período 1994–1995, las infecciones respiratorias agudas fueron la principal causa de las consultas hechas por pacientes a 42 establecimientos centinela en Haití.

Rabia y otras zoonosis. Se notificaron de dos a cuatro casos anuales de rabia humana entre 1990 y 1995. El Laboratorio del estado de Connecticut en los Estados Unidos de América confirmó solo uno de los casos en 1993. Se notificaron siete casos en 1996.

En 1993 se notificaron 183 casos clínicos de ántrax humano en el norte de Haití. Esta cifra aumentó en forma acusada en 1994, cuando se notificaron 622 casos nuevos después de la tormenta tropical Gordon. Este creciente número de casos notificados puede haberse debido a mejoras de las operaciones de vigilancia a raíz de la tormenta. De los 768 casos de ántrax humano notificados en 1995, 70,5% provinieron del sudeste del país.

Al parecer, aumentó el número de casos de leptospirosis. En 1995 se identificaron 64 casos de la enfermedad y en los cuatro primeros meses de 1996, 32 casos. La razón hombre/mujer es de 2:1 y 35% de los casos afectaron a los hombres de 20 a 39 años. La enfermedad fue mortal en 33% de los casos.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Entre 1982 y 1992 se notificó un total acumulativo de 4.967 casos de sida (46% de ellos en mujeres). Los informes oficiales y la notificación de casos de sida se suspendieron a partir de 1992. Hasta 1996 se estimaba que el porcentaje de la población sexualmente activa infectada por el VIH era de 3% a 5% en las zonas rurales y de 7% a 10% en las urbanas. Las proyecciones preliminares, basadas en diferentes modelos matemáticos, llevan a la conclusión de que en el año 2000 el número de personas VIH positivas llegará a más de 380.760 y que el número anual de defunciones podría alcanzar 27.000, incluidos 6.000 niños. La transmisión del VIH es predominantemente heterosexual (razón hombre/mujer de 1,2:1).

Las enfermedades de transmisión sexual no están incluidas en la lista de enfermedades notificables, pero se ha propuesto que se incluyan la sífilis, la gonorrea y el sida en el Código de Higiene Pública enmendado. En 1995, una encuesta nacional realizada por el Instituto de Salud Infantil puso de manifiesto que 8% de todos los varones entrevistados habían sufrido alguna enfermedad de transmisión sexual en los 12 meses anteriores a la encuesta; entre ellos, 4% habían tenido flujo uretral y 2% úlcera genital. Un estudio de prevalencia en 1.000 mujeres embarazadas hecho en Cité Soleil mostró que

45% de ellas tenían por lo menos una enfermedad de transmisión sexual. En la misma población de estudio, 11% tuvieron resultados positivos en la prueba rápida de reagina plasmática, lo que indica una elevada prevalencia de sífilis congénita.

Las causas principales de úlceras genitales en Haití son, en orden de importancia decreciente, sífilis, chancro blando, herpes genital invasor (sobre todo cuando está relacionado con la infección por el VIH), donovianiasis y linfogranuloma venéreo. Se realizaron estudios de prevalencia de sífilis en determinados grupos de la población haitiana. En los grupos expuestos a poco riesgo, la seropositividad a la prueba VDRL varió de 3% a 6% en 1990 y de 6% a 8% en 1991 en la población urbana de Puerto Príncipe. En el período 1992–1993, la seropositividad a las pruebas VDRL y FTA-Abs osciló entre 4% y 12% en estudios de seroprevalencia hechos en mujeres embarazadas en cinco lugares centinela. Una encuesta serológica centinela realizada en nueve sitios en 1994–1995 indicó que una mujer embarazada con sífilis tenía un riesgo de 1,4 a 5,2 veces mayor de estar infectada por el VIH que otra en el mismo estado sin sífilis.

Según las investigaciones realizadas por los Centros del Grupo Haitiano de Estudio del Sarcoma de Kaposi e Infecciones Oportunistas (GHESKIO), 48% de los casos de flujo uretral registrados en Haití son causados por gonorrea y solo un pequeño porcentaje es ocasionado por tricomoniasis (6%) o infecciones por *Chlamydia* (5%). En los casos restantes, no se pudo identificar al agente etiológico, sobre todo porque 70% de los pacientes ya se habían autoadministrado algún tratamiento. De 1989 a 1992, un estudio de los Centros GHESKIO realizado en una clínica de referencia de enfermedades de transmisión sexual mostró que 90% de todas las cepas gonocócicas identificadas eran de *Neisseria gonorrhoeae* productora de penicilinas.

Un estudio de las enfermedades de transmisión sexual causantes de flujo vaginal hecho en mujeres embarazadas de Cité Soleil colocó a la tricomoniasis en primer lugar (35%), seguida de las infecciones por *Chlamydia* (10%) y la gonorrea (4%). De todos los casos de leucorrea, 5% guardan relación con la enfermedad inflamatoria de la pelvis.

Enfermedades emergentes y reemergentes. A fines de abril de 1994 se notificó una epidemia de meningococemia en Ouanaminthe en el departamento del Nordeste. A fines de noviembre se habían notificado aproximadamente 100 casos y 9 defunciones. Se identificó *Neisseria meningitidis* del grupo C. En 1995, en la zona de Puerto Príncipe, más de 75% de los casos correspondieron a niños de 5 a 14 años de edad. El resto del país también notificó casos y el mayor número se registró en las zonas rurales de Artibonite. En todo el año 1995 se notificaron 158 casos de los cuales murieron 55, lo que arrojó una tasa de letalidad de 35%.

Hubo informes de casos esporádicos de frambesia y en septiembre de 1993 se realizó una encuesta serológica clínica en el departamento de Grande-Anse. En un total de 553 sujetos examinados (incluso 231 menores de 15 años) se identificaron 11 casos de frambesia. Esos casos se sometieron a confirmación serológica con la prueba de FTA-Abs.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. En 1994–1995, la EMMUS-II reveló un importante aumento de la prevalencia de emaciación desde 1990, que afectó sobre todo a los niños menores de 3 años de edad. Más de un tercio de quienes sobrevivieron hasta el primer año de vida mostraron signos de retraso grave del crecimiento.

A los 5 años, 41% de todos los niños habían sufrido retraso grave del crecimiento. Las elevadas tasas de desnutrición y enfermedades infecciosas indican que muchos niños de edad preescolar sufren los efectos de la deficiencia de vitamina A, de la anemia nutricional o de ambas. El mango es una importante fuente alimentaria de vitamina A y, después de períodos de abundancia, se ha observado una variación estacional en el consumo alimentario y la deficiencia de vitamina A.

Una encuesta realizada en 1991 en la Meseta Central mostró una tasa de prevalencia de 10% de todas las clases de bocio (grados 1 y 2) y 2,5% de las formas visibles. Asimismo, la concentración de yodo urinario en la población general fue de 10,3 µg/dl. Los problemas de deficiencia de yodo se limitan típicamente a las zonas montañosas aisladas del interior del país.

Se registraron tres tipos de diabetes en Haití: el tipo 1 o diabetes insulino dependiente (10% del total); el tipo 2 o diabetes no insulino dependiente, y el tipo 3 o diabetes relacionada con la malnutrición (diabetes “tropical”). La prevalencia varía de 2% a 8% en diferentes partes del país. La mitad de todas las amputaciones realizadas en el Hospital Universitario del Estado en 1987 correspondieron a pacientes diabéticos.

Enfermedades cardiovasculares. Estas enfermedades representaron 40% de las internaciones de pacientes en el Hospital Universitario del Estado en 1996, sobre todo el accidente cerebrovascular y la cardiopatía isquémica. Dos encuestas indican una prevalencia de hipertensión arterial de 13% a 15% en la población adulta de 18 y más años.

Tumores malignos. Tres problemas dificultaron administrar tratamiento contra el cáncer. La falta de conocimientos, el acceso limitado a biopsias o procedimientos quirúrgicos fuera de Puerto Príncipe y el número extremadamente reducido de opciones terapéuticas. El tratamiento contra el cáncer en Haití

se limita a resección o extirpación quirúrgica. La quimioterapia es costosa y no está disponible. El Instituto Nacional del Cáncer, una fundación sin fines de lucro establecida en 1988, está subvencionado por el Ministerio de Salud Pública. Dicho Instituto administró el único servicio de radioterapia de Haití, que ha estado paralizado por causa de la antigüedad del equipo. El principal recurso de radioterapia del Instituto es una unidad Janus de cobalto 60, que está prácticamente en desuso. Las estadísticas del Instituto Nacional de Cáncer mostraron que el tipo tratado con más frecuencia fue el cáncer del cuello uterino, que representó 60% del total en el período 1988–1990 y 40% en el período 1991–1994. El cáncer de mama ocupó el segundo lugar con 15% y 30%, respectivamente. El cáncer nasofaríngeo ocupó el tercer lugar con 10% a 15% de los casos. El total de casos de cáncer tratados por la Institución alcanzó un promedio anual de 250 entre 1988 y 1994.

Varios establecimientos de atención de salud intervienen parcialmente en la detección, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de pacientes que sufren cáncer o displasia del cuello uterino. Son manejados por los sectores público, privado sin fines de lucro y privado con fines de lucro.

Accidentes y violencia. La violencia es un grave problema de salud pública en Haití. La violencia política se redujo drásticamente desde 1994. La violencia criminal, que causa traumatismos o muertes por el uso de armas de fuego y armas blancas, deja un saldo de muchas víctimas. El problema generalizado de la violencia doméstica fue el punto de enfoque de una encuesta nacional sobre la violencia contra la mujer realizada en 1995.

Los datos notificados por el Hospital Universitario del Estado mostraron que en diciembre de 1995 la incidencia de accidentes de tránsito fue mayor que durante el resto del año. El número total de muertos y heridos fue de 2.393 anuales; hubo más hombres afectados que mujeres (1,7:1). Los accidentes frecuentes en el hogar ocasionaron graves quemaduras sobre todo a los niños. Además, Haití es regularmente escenario de incendios y accidentes de navegación, como la tragedia del Neptuno ocurrida en febrero de 1993, que causó alrededor de 1.500 muertos.

Trastornos del comportamiento. En los últimos años ha aumentado la notificación de trastornos mentales debido a la crisis sociopolítica, el desempleo, la violencia, los disturbios sociales y el uso de drogas (marihuana, cocaína y “crack”). En el principal centro psiquiátrico, 25% de los pacientes sufrían desorientación aguda y 20%, esquizofrenia paranoide. Las afecciones más prevalentes en los niños y adolescentes fueron la hiperactividad y los trastornos del aprendizaje. Hubo muchos casos de toxicomanía en pacientes de 16 a 25 años de edad, quienes a veces acuden a los centros por problemas psi-

quiátricos menos importantes que el abuso de drogas. Un hospital privado, con 300 camas, notificó que más de 60% de las internaciones se atribuían a psicosis manícodepresiva y el 40% restante, a esquizofrenia crónica.

Salud oral. Había 32 dentistas por 10.000 habitantes. Mediante encuestas se estimó en cerca de uno el número de dientes cariados, perdidos u obturados (CPO-D) en los niños de 12 años. La elevada prevalencia del VIH en la población sexualmente activa de las zonas rurales (de 7% a 10%) y las prácticas peligrosas de los dentistas tradicionales que tratan a la mayor parte de la población son factores que repercuten en la salud oral del país.

Desastres naturales. La tormenta tropical Gordon azotó a Haití en noviembre de 1994 y dejó un saldo de 1.122 muertos. Destruyó 3.550 casas, ocasionó graves daños a varios sistemas de acueducto, causó la pérdida de miles de cabezas de ganado e hizo estragos en la superficie sembrada de cultivos alimentarios. La tormenta afectó a los servicios de salud que se vieron en la necesidad de atender una mayor demanda y de redistribuir recursos limitados. Las inundaciones generalizadas, tanto en las zonas rurales (el sur en noviembre de 1995 y el sur y el noroeste en febrero de 1996) como en las urbanas (zonas del litoral de Puerto Príncipe), causaron extensos daños. La sequía afecta regularmente a la región noroeste del país.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Planes y políticas nacionales de salud

En marzo de 1996, el Ministerio de Salud Pública introdujo una política sanitaria que reconoce el derecho fundamental a la salud y la obligación del Estado de garantizar el acceso a la atención de salud para todos. Esta política se basa en la equidad, la justicia social y la solidaridad. La reforma del sector salud se concibió como parte del esfuerzo de descentralización del Estado para asegurar la igualdad de acceso a un conjunto mínimo de servicios. No obstante, la escasez de recursos disponibles y las limitaciones impuestas por el plan estructural económico convierten a la aplicación de la política de salud en un gran desafío para el Gobierno.

Estrategias y programas para la reforma del sector salud

El Ministerio de Salud Pública definió las siguientes prioridades:

- El fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública en los niveles central y departamental, incluido el desarrollo de

los recursos humanos y la capacidad gerencial; el uso de nuevas modalidades de financiamiento de la salud, la realización de reformas hospitalarias, la actualización de la legislación sanitaria, el examen de la política sobre medicamentos esenciales, el desarrollo del sistema de información de salud, la búsqueda de coordinación intersectorial y la puesta en marcha de unidades de salud comunitaria basadas en la descentralización y la participación comunitaria.

- El desarrollo de la atención primaria de salud con objeto de prestar un conjunto mínimo de servicios de salud a la población que incluyan la atención integral del niño focalizada en las infecciones respiratorias agudas; la atención integral de salud de la mujer, con acento en el embarazo y la reducción de la mortalidad materna; la vacunación; el acceso a medicamentos esenciales; la prevención y el control de enfermedades transmisibles; el combate de las enfermedades emergentes y reemergentes, como la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual y el sida; el control de las infecciones meningocócicas y las enfermedades transmitidas por vectores; la erradicación del sarampión, el tétanos neonatal y la lepra, y la mejora de la atención de urgencias medicoquirúrgicas y la atención dental.

- El fortalecimiento de las actividades de promoción de la salud para alentar a la población a asumir responsabilidad por su salud y adoptar un modo de vida saludable. Los programas incluyeron diseminación de información sobre salud, educación sanitaria y movilización social, particularmente en la prevención de enfermedades transmisibles, violencia y accidentes, salud escolar y afecciones asociadas a malos hábitos alimentarios.

- El mejoramiento de la salud ambiental, incluidos el acceso a agua potable, la higiene de los alimentos, la evacuación de excretas y el control de la contaminación atmosférica, así como la prevención y mitigación de desastres.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El sistema de salud de Haití está formado por el sector público, el sector semipúblico y el sector privado.

El sector público se vio gravemente afectado por la crisis política nacional, que llevó a canalizar toda la ayuda externa por medio de organizaciones no gubernamentales. El Ministerio de Salud Pública está estructurado en niveles centrales, departamentales y comunitarios. Por medio de sus direcciones y unidades centrales, desempeña una función normativa. Las actividades de planificación, vigilancia y supervisión están bajo la responsabilidad de los jefes de nueve departamentos sanitarios. Un tercio de las 663 instituciones de salud del país pertenecen al sector público.

El sector semipúblico o mixto comprende las instituciones sin fines de lucro mantenidas sobre todo por organizaciones no gubernamentales. El personal es remunerado en su totalidad o en parte por el sector público, pero administrado por el sector privado.

En 1994 había 49 hospitales y otros 61 establecimientos de internación, con un número aproximado de 90 camas por 100.000 habitantes; por mucho tiempo ha sido imposible obtener información sobre las tasas de ocupación en el nivel central. Del total de establecimientos de atención de salud del país, 32% son manejados por organizaciones no gubernamentales (Cuadro 1). El sector privado con fines de lucro está formado por médicos, dentistas y otros especialistas en ejercicio particular, que en su mayoría trabajan en Puerto Príncipe y en establecimientos asistenciales privados.

El alto costo de los servicios en esos establecimientos los pone fuera del alcance de la mayor parte de la población. Los establecimientos públicos y privados son totalmente independientes unos de otros, con muy poco trabajo en redes. Las diferencias de acceso a atención de salud adecuada se intensifican por la desigualdad de la distribución geográfica de los centros y las camas de hospital.

Los beneficios del sistema de seguridad social se destinan solo a las personas formalmente empleadas. En 1995, el Organismo de Seguro de Accidentes de Trabajo, Enfermedad y Maternidad, órgano autónomo que funciona bajo la protección del Ministerio de Asuntos Sociales, ofreció cobertura de seguro a 2.500 empresas públicas y privadas. En 1996 cubrió a 60.000 trabajadores, un aumento en relación con los 40.000 amparados en 1994. Algunas empresas privadas ofrecieron cobertura limitada.

El gasto público per cápita en salud estimado para 1995 en G 15,7 (US\$ 2,0) representó una reducción en relación con el de 1990, que fue de G 24,8 (US\$ 3,4). El gasto total en salud fue de US\$ 9 per cápita, lo que representó 3,5% del PIB en 1995. Según estas estimaciones, en 1996 se sufragó cerca de 16% del gasto total con fondos del presupuesto del Gobierno; 28% con fondos de los organismos donantes externos, canalizados en su mayoría por medio del Ministerio de Salud Pública y organizaciones no gubernamentales; 20% con fondos de organizaciones no gubernamentales, y 36% con fondos de fuentes privadas.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

La legislación de salud promulgada inicialmente en 1981 sigue vigente, pero se elabora un nuevo marco jurídico-administrativo.

El Ministerio de Salud Pública estableció criterios para el funcionamiento de instituciones de formación de personal médico y paramédico. Dos facultades particulares de enfer-

CUADRO 1
Establecimientos de atención de salud, por categorías y sectores, junio de 1994.

Departamento	Categoría					Total	Sector			
	Hospitales	Servicios de inter-nación	Servicios ambulatorios	Dispensarios	Asilos		Público	Privado	Mixto	Sin especificar
Artibonite	4	11	16	52	1	84	37	26	20	1
Centralga	2	1	10	31	0	44	20	15	7	2
Norde-Anse	2	9	5	41	3	60	28	6	26	
Norte	1	10	10	30	1	52	19	10	23	
Nordeste	1	4	1	16	0	22	10	3	9	
Noroeste	1	7	4	46	1	59	18	16	25	
Oeste	33	9	82	109	2	235	54	127	54	
Sur	4	8	7	51	1	71	25	4	42	
Sudeste	1	2	4	29	0	36	23	9	3	1
Total	49	61	139	405	9	663	234	216	209	4

Fuente: OPS/OMS, lista de instalaciones por región geográfica.

mería y 10 centros de capacitación de ayudantes de enfermería obtuvieron licencia para su funcionamiento. El servicio de farmacia del Ministerio expide un certificado a los estudiantes de farmacia después de terminar un programa de capacitación de cuatro años, con un año de internado.

El servicio de farmacia regula todos los asuntos relacionados con los productos farmacéuticos, lo que entraña sobre todo la inspección de las farmacias privadas. Haití no tiene sistemas de registro de medicamentos, de control de importaciones de productos farmacéuticos ni de inspección de compañías farmacéuticas. Los medicamentos que exigen receta pueden conseguirse normalmente con facilidad en puestos de venta ambulante.

Entre noviembre de 1995 y junio de 1996, un brote de insuficiencia renal aguda afectó a 100 niños, que murieron en su mayoría. Una investigación multiinstitucional reveló que esa afección se debió al consumo de un jarabe de acetaminofén de producción local, contaminado con dietilenglicol importado. Para corregir la situación, el Ministerio de Salud Pública se esforzó por mejorar la vigilancia del control de la calidad por medio de la inspección regular de los fabricantes, importadores, proveedores y farmacias. Puesto que no había laboratorio nacional de control de la calidad, hubo que mandar todas las muestras al exterior para análisis.

En noviembre de 1995, el Ministerio del Medio Ambiente elaboró el Plan de Acción Nacional del Medio Ambiente, con objeto de enfrentar las diversas amenazas ambientales que se ciernen sobre el agua dulce, el agua de mar, el aire y el suelo.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud y comunicación social en salud. Se lanzaron varias campañas de información pública en gran escala con la participación de diversos sectores, algunas de las cuales se destacan más adelante. En una campaña de mercadeo social de condones, administrada por Population Services International con fondos de AIDSCAP desde septiembre de 1992, se vendieron 14 millones de condones. La iniciativa del Hospital Amigo del Niño, lanzada conjuntamente por el UNICEF y la OPS en 1994 para promover la lactancia materna, llevó a la certificación de dos hospitales como amigos del niño en 1996. Con la campaña nacional de erradicación del sarampión, cumplida en 1994–1995, se logró una cobertura de vacunación de 98%. La campaña nacional de promoción de la lactancia materna lanzada en agosto de 1995 llegó a la mayoría de la población. La observancia del “Día de la Tuberculosis”, el “Día Internacional de la Mujer”, “Agua Limpia, Medio Ambiente y Salud”, el “Día Mundial sin Tabaco”, el “Día de la Salud Mental” y el “Día del Sida” recibieron cobertura en los medios de comunicación.

Salud escolar. Con asistencia financiera y técnica externa, los Ministerios de Salud Pública y de Educación trabajan juntos para formular políticas de salud escolar apropiadas para Haití, incluso sobre detección temprana de problemas auditivos y visuales; promoción de la salud oral y detección de la

caries dental; vigilancia nutricional; detección de la carencia de hierro y las enfermedades causadas por parásitos intestinales; detección precoz de la mala postura; educación y promoción de la salud, incluso educación sexual y prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

Salud de los trabajadores. Haití no tiene un programa nacional de salud de los trabajadores, pero las personas amparadas por el Organismo de Seguro de Accidentes de Trabajo, Enfermedad y Maternidad recibieron exámenes anuales de detección de tuberculosis y sífilis. Este Organismo tiene un hospital de 30 camas en Puerto Príncipe, que atendió a un promedio de 30 pacientes ambulatorios al día.

El Centro de Promoción de la Mujer Trabajadora es una organización no gubernamental que ofrece un programa de atención preventiva a las trabajadoras en general y a las de las fábricas de ensamblaje en particular. El programa comprende foros educativos, prevención del sida y funcionamiento de un dispensario de atención prenatal. Otra organización no gubernamental, el Grupo de Control del Sida, realiza un programa educativo directamente en las fábricas.

Programas de prevención y control de enfermedades. Haití sigue una estrategia de manejo integrado de la salud infantil que incorpora las intervenciones de atención de salud, realiza exámenes rápidos y eficientes para el pronto envío a establecimientos mejor equipados y aprovecha todas las oportunidades en que los niños visitan los establecimientos asistenciales para promover medidas de atención preventiva contra las enfermedades de la infancia.

En 1992, las organizaciones no gubernamentales de todo el país asignaron fondos para la planificación y ejecución de programas de vacunación en que participaron los funcionarios regulares de los establecimientos de salud pública.

Entre noviembre de 1994 y junio de 1995 se realizó una campaña de vacunación contra el sarampión en la que se vacunó a 2.800.000 niños, cifra que representa 98% de la población destinataria de 9 meses a 14 años de edad. Se creó una red nacional de cuatro a cinco unidades de almacenamiento y distribución de vacunas y suministros para inmunización en cada departamento. Este proceso terminará con el establecimiento de un activo sistema de distribución con mensajeros motorizados.

En 1996, 200 dispensarios prestaron servicios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con tuberculosis. La tasa de curación varió mucho de un departamento a otro (entre 40% y 78%). Es muy probable que la mejora de las tasas de curación sea el resultado de la administración cada vez más generalizada del tratamiento breve. Las actividades de capacitación realizadas entre 1993 y 1995 se centraron en 828 trabajadores de salud. En 1995, el surgimiento de varios casos de tuberculosis farmacorresistente obligó a usar

costosos medicamentos de segunda línea. Eso elevó mucho el costo del tratamiento del paciente farmacorresistente, de US\$ 45 a US\$ 3.000.

En lo que respecta a la malaria, el país sigue una estrategia de atención primaria de salud centrada en evitar las defunciones y reducir las tasas de morbilidad, haciendo hincapié en la detección precoz y el tratamiento oportuno. El componente de control de vectores incluye disposiciones sobre la participación de la comunidad. El Ministerio de Salud Pública emprendió la tarea de capacitar a todo el personal de salud en prevención y control de la malaria. Al terminar esa actividad en 1997 se había capacitado a un total de 3.500 trabajadores de salud.

Desde 1991 las actividades de control del sida han recibido apoyo técnico y financiero de la OPS, la AID (EUA), la OMS/PMS y la Cooperación Francesa y el FNUAP. Este apoyo ha reforzado las actividades cumplidas por cerca de 20 organizaciones no gubernamentales en los campos de serovigilancia centinela de la infección por el VIH, campañas de información, educación y comunicación sobre el sida (IEC), producción de materiales de IEC, capacitación de trabajadores de salud y dirigentes comunitarios para atender a los pacientes de sida y enfermedades de transmisión sexual, atención clínica y psicológica de los pacientes que sufren enfermedades de transmisión sexual y sida en un centro de referencia de Puerto Príncipe y en tres hospitales de las zonas urbanas y rurales, ayuda financiera y asistencia nutricional a pacientes de sida y a sus familias en Puerto Príncipe, distribución de condones, y suministro de medicamentos y materiales para la prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual.

El Ministerio de Salud Pública, la OPS, los Centros GHESKIO y las organizaciones no gubernamentales AIDSCAP han creado algoritmos simplificados para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. El ONUSIDA comenzó a funcionar oficialmente en Haití el 1 de enero de 1996. El programa nacional de control del sida y otras enfermedades de transmisión sexual fue lanzado por el Ministerio el Día Mundial del Sida el 1 de diciembre de 1996.

La Unidad de Protección de la Salud, del Ministerio de Agricultura, se encarga de administrar la estrategia de control de zoonosis. El Servicio de Sanidad Animal de esta Unidad tiene 5 veterinarios y 90 trabajadores distribuidos por todo el país. Los funcionarios de salud participan activamente en el control de los perros callejeros y trabajan con personal del Ministerio de Agricultura para realizar campañas de vacunación.

Las actividades de control del ántrax se basan en una estrategia de contención de brotes. Además, en cooperación con una organización no gubernamental, en 1995 se inició una campaña nacional de vacunación de 500.000 cabezas

de ganado. Ya en febrero de 1996 se había logrado vacunar a más de 218.000 animales contra el ántrax en los nueve departamentos.

En lo que respecta a las actividades de control de la rabia, el Ministerio de Agricultura realizó en 1995 una campaña nacional de vacunación de perros y gatos, con asistencia del Ejército de los Estados Unidos, el Ministerio de Salud Pública y la OPS; se estima que en el país hay aproximadamente 100.000 perros. Se administraron más de 54.072 dosis de vacuna entre julio y agosto de 1995, sobre todo en la zona metropolitana.

Las actividades de control de la carencia de micronutrientes entrañan intervenciones para la suplementación a corto plazo, e incluyen la distribución universal de altas dosis de vitamina A de 100.000 UI con fines profilácticos a niños de 6 a 12 meses de edad y de 200.000 UI a niños de 12 a 72 meses de edad en los sitios de vacunación, la distribución universal de suplementos de vitamina A (200.000 UI) a las madres en el mes siguiente al parto por trabajadores de salud comunitarios o parteras tradicionales, la administración de suplementos de hierro y ácido fólico a las mujeres con diagnóstico de anemia y la distribución de cápsulas de yodo a una población objetivo en regiones específicas. La OPS, junto con el UNICEF, trabaja en la aplicación de estrategias a largo plazo para fortalecer la capacidad local de yodar la sal y producir mangos ricos en vitamina A secados al sol y promover su consumo.

Las enfermedades transmitidas por los alimentos siguen siendo un desafío para la salud pública, debido en parte al poco personal que trabaja en el proceso de inspección y a factores culturales profundamente arraigados. La Dirección de Salud Ambiental y Epidemiología del Ministerio se encarga de las actividades de control relacionadas con la inocuidad de los alimentos. El laboratorio adscrito a la Facultad de Agronomía trabaja en el análisis de productos de exportación.

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. Hasta 1991, solo cuatro enfermedades, a saber, la poliomielitis, el tétanos neonatal, el sida y el cólera tenían sistemas activos específicos de vigilancia. Entre fines de 1992 y 1995, varias organizaciones no gubernamentales apoyaron el establecimiento de un sistema simplificado de vigilancia epidemiológica basado en la vigilancia de indicadores operativos sencillos de las principales enfermedades, recolectados por medio de una red de establecimientos centinela privados y semipúblicos. Este sistema básico se complementó más tarde con un sistema fortalecido de vigilancia epidemiológica de enfermedades específicas.

En septiembre de 1996, el Ministerio de Salud Pública creó un comité para diseñar y apoyar la ejecución de un nuevo sistema nacional de información de salud. Los 16 miembros del comité comprenden representantes de los Ministerios de Salud Pública, de Hacienda y Planificación y de Cooperación

CUADRO 2
Tendencias del grado de cobertura de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento básico, Haití, 1990-1995.

Servicio y localización	1990	1993	1995
Abastecimiento de agua en la capital	53%	34%	35%
Abastecimiento de agua en las ciudades más pequeñas (72)	58%	40%	45%
Abastecimiento de agua en las zonas rurales	33%	23%	39%
Saneamiento básico en las zonas urbanas	43%	41%	42%
Saneamiento básico en las zonas rurales	16%	14%	16%

Externa, una organización no gubernamental y tres organismos de cooperación técnica.

Servicios de agua potable y alcantarillado. La crisis política y el ulterior embargo comercial han perjudicado mucho al sector de abastecimiento de agua y saneamiento. Se interrumpieron los proyectos de inversión en marcha en este sector, que alcanzaban un total de US\$ 163 millones. Sin mantenimiento, la infraestructura de abastecimiento de agua se deterioró rápidamente y los niveles de cobertura de los servicios en la capital se redujeron casi 30% entre diciembre de 1990 y diciembre de 1994 (Cuadro 2). La crisis también desbandó al Comité Nacional de Coordinación de Agua y Saneamiento y a los organismos nacionales de abastecimiento de agua. En octubre de 1994 se reanudaron casi todos los proyectos suspendidos en noviembre de 1991, y desde entonces han aumentado las inversiones en el sector de abastecimiento de agua y saneamiento.

Servicios de manejo de residuos sólidos municipales. Casi 30% del volumen diario de residuos sólidos producidos en Puerto Príncipe es recogido por el Ministerio de Obras Públicas y el municipio; un organismo autónomo gubernamental a cargo del manejo de los residuos sólidos cerró en 1993. El servicio era más seguro en las ciudades pequeñas, donde la recolección estaba garantizada por servicios locales administrados por los Ministerios de Obras Públicas y de Salud. La evacuación de los desechos de los hospitales también es deficiente.

Programas de ayuda alimentaria. La ayuda alimentaria es muy importante en Haití, donde un creciente número de familias enfrenta problemas de seguridad alimentaria cada vez más graves. Los principales donantes fueron la AID (EUA), la Unión Europea y el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas. Muchas organizaciones no gubernamentales y organismos bilaterales también participaron en la distribución de alimentos de socorro.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia. La atención ambulatoria se presta por medio de establecimientos creados expresamente con ese fin, dispensarios y servicios de consulta externa en la mayoría de los hospitales; los servicios varían mucho de una estructura a otra.

En 1993 se lanzó un proyecto piloto de atención de urgencia con ayuda de la OPS y de médicos adscritos al Servicio Francés de Ambulancia de Urgencia (SAMU). El proyecto sentará las bases para una red nacional de servicios de urgencia que prestaría servicios que van desde examen y primeros auxilios (nivel 1) hasta tratamiento especializado (nivel 4). Los cuatro centros de salud de la zona metropolitana están dotados de unidades de urgencia. Además, la Cruz Roja Haitiana y varios hospitales nuevos han establecido su propio servicio de ambulancia y de comunicación telefónica y radiofónica de urgencia. Se organizaron actividades de capacitación en atención médica de urgencia para el personal de salud de todo el país: recibieron adiestramiento 314 médicos, enfermeros y auxiliares de salud, y 72 paramédicos que trabajan en los sectores público y privado. Se espera que la experiencia sirva de base para formular un plan nacional de atención de urgencia. El Ministerio de Salud Pública incluye medicina y cirugía de urgencia en el conjunto mínimo de servicios de salud.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre. Los únicos laboratorios de análisis médicos están localizados en algunos hospitales privados y semipúblicos en las principales ciudades y, por lo general, realizan solo análisis básicos. Un total de 122 instituciones públicas y privadas sin fines de lucro tienen servicios de diagnóstico de la malaria y 200 centros de diagnóstico son parte de la red de control de la tuberculosis, con capacidad de realizar exámenes de esputo. No hay servicios organizados de control de la calidad.

Desde 1986, cuando el servicio de transfusión de sangre administrado por la Cruz Roja Haitiana se encargó de realizar esa labor en los hospitales de las principales ciudades del país, se ha sometido la sangre a examen de detección de la infección por el VIH. En el centro de transfusión de Puerto Príncipe, la sangre donada se somete a examen sistemático para detectar hepatitis B (antígeno de superficie) y sífilis (examen serológico de sífilis adquirida). La falta de recursos ha dificultado la realización de exámenes de detección de hepatitis C.

Puesto que se considera que la infección por el VIH y la sífilis son hiperendémicas y la malaria y la hepatitis B son meoendémicas en Haití, las transfusiones de sangre se mantuvieron al mínimo estrictamente necesario. Desde comienzos de 1996, la Cruz Roja Haitiana formuló una política nacional de transfusión de sangre.

Servicios especializados. Son escasos los servicios de rehabilitación de las personas con discapacidad, en su mayoría atendidas por familiares en la casa. Algunos establecimientos prestan servicios en los campos de prevención (2), educación especial (3), atención especializada (8), formación profesional (4) e integración social (4). La mayoría de las personas discapacitadas no reciben servicios especializados de reeducación ni de rehabilitación social.

Las principales instituciones para los discapacitados comprenden la Escuela Saint Vincent para niños pequeños y jóvenes hasta de 18 años que sufren discapacidad motora o sensorial. La escuela tiene un taller para la fabricación de dispositivos ortopédicos y prótesis de las extremidades. El Centro de Educación Especial, la única institución para retardados mentales (500 nuevos casos al año), administra una escuela para 80. Un centro y taller de artes y oficios ofrece capacitación a 40 niñas y 40 niños de 6 a 18 años de edad; el Instituto Montfort, con sucursales en Cap-Haïtien, Port-de-Paix y Saint-Marc, presta servicios a 450 niños sordomudos, 300 de los cuales son residentes de Puerto Príncipe, y la Sociedad Haitiana para los Ciegos y el Comité Nacional de Rehabilitación de las Personas Discapacitadas prestan servicios de extensión y trabajan para informar mejor al público de los problemas que enfrentan estas personas.

Según la nueva política de atención de salud, la salud dental es parte del conjunto de servicios de salud. El estado actual de la atención de salud oral y dental en Haití se caracteriza por escasez de recursos humanos y equipo. Algunas organizaciones no gubernamentales tratan de dar soluciones comunitarias, de costo módico, a los problemas de salud oral y dental.

La mayor parte de la población cree que los trastornos psiquiátricos son causados por influencias sobrenaturales, lo que lleva por lo menos a la mitad de los pacientes a buscar los servicios de un "houngan", hombre que practica el vudú. Haití tiene muy pocos establecimientos de atención psiquiátrica: un hospital psiquiátrico público de 300 camas, un establecimiento psiquiátrico público especializado de 60 camas y tres dispensarios privados, entre ellos un establecimiento de 300 camas. Desde 1988 la situación ha mejorado debido a la disponibilidad de un creciente número de especialistas y a la introducción de nuevas formas de tratamiento.

No había programas nacionales de tratamiento de la diabetes y la hipertensión. Una organización no gubernamental de Puerto Príncipe prestó servicios de prevención, atención médica, dispensación de medicamentos a un precio razonable y rehabilitación. Varios factores impidieron la detección precoz de la diabetes: la escasez de instrumentos y equipo de diagnóstico, prácticamente inexistentes en las zonas rurales; la falta de instalaciones de atención de salud; la poca conciencia de la población en general respecto de esta enfermedad, y la falta de una política de detección precoz.

Insumos para la salud

Infraestructura física. La infraestructura de atención de salud y el equipo médico se ven gravemente perjudicados por falta de mantenimiento y de reparación oportuna. El deterioro del estado de las instalaciones y del equipo de los establecimientos públicos de atención de salud se agravó con la crisis que atravesó la nación durante tres años. Entre octubre de 1994 y marzo de 1996 se gastó un total de US\$ 1.310.525 en proyectos de rehabilitación en 46 establecimientos de atención de salud y 5 hospitales, incluso en el Hospital Universitario del Estado. Se invirtió un total de US\$ 8.278.610 en la rehabilitación parcial de 88 establecimientos de atención de salud y 5 hospitales, incluido el Hospital Universitario.

Acceso a la atención de salud. Hay un total de 663 establecimientos de atención de salud en todo el país. Según la EMMUS-II, casi todas las mujeres de las zonas urbanas viven cerca de establecimientos de atención de salud (de 79% a 98% en Puerto Príncipe y de 62% a 87% en otras ciudades). La situación en las zonas rurales es bastante distinta. En 1991, cerca de 40% de la población carecía de acceso a los servicios de atención primaria de salud. Las disparidades también son evidentes en la distribución de profesionales de atención de salud en el país. Cerca de 73% de los médicos, 67% de los enfermeros, 35% de los establecimientos de atención de salud y 52% de las camas de hospital están concentrados en el departamento del Oeste y prestan servicios a un tercio de la población total. El Cuadro 3 muestra la distribución de la población, el personal de atención de salud y el número de camas por 100.000 habitantes por departamento, lo que

revela las disparidades de acceso a la atención de salud en Haití.

Debido a sus precarias condiciones sociales y económicas, la población rural rara vez consulta a un profesional de salud. Se ha progresado algo en la labor de facilitar medicamentos esenciales a un precio asequible en la mayoría de los establecimientos públicos y privados y las organizaciones sin fines de lucro. Los mecanismos de recuperación de costos financian un fondo social para prestar atención a los pacientes indigentes.

Puesto que la población depende mucho de la medicina tradicional, se ha hecho un esfuerzo por disminuir la distancia existente entre la medicina tradicional y la moderna. Por ejemplo, en 1995, el Ministerio de Salud Pública y Población publicó un documento de política de salud en que se declara la intención de fomentar las relaciones con los practicantes tradicionales y de integrar la medicina tradicional al sistema nacional de atención de salud junto con este personal.

Medicamentos esenciales, inmunobiológicos y reactivos. Había 4 compañías farmacéuticas, 50 importadores y proveedores y 200 farmacias privadas autorizadas en la zona de Puerto Príncipe.

En 1992, con ayuda de asociados nacionales e internacionales, la OPS creó un programa de medicamentos esenciales (PROMESS) para distribuir estos productos y equipo médico en Haití como parte de la asistencia humanitaria; el Ministerio de Salud Pública ha dirigido la junta de PROMESS desde 1996 y ha autorizado la venta de cerca de 400 medicamentos esenciales. Los productos farmacéuticos de PROMESS fueron financiados con fondos de recuperación de costos internos y con subsidios de donantes internacionales.

Con objeto de promover el uso de medicamentos esenciales, el Ministerio ofreció capacitación en el manejo de esos productos al personal asignado al terreno. Los depósitos periféricos del Estado, abastecidos por PROMESS, facilitaron la distribución de medicamentos y suministros médicos a las instituciones de salud en las zonas rurales. Algunas organizaciones no gubernamentales divulgan manuales sobre el uso de hierbas medicinales en creole.

El UNICEF importó vacunas del PAI y las proporcionó gratis; las vacunas se almacenaron en un depósito de la OPS, desde donde se distribuyeron. Se prepararon localmente solo algunos reactivos, tales como las sustancias de tinción para el control de la tuberculosis.

Tecnología en salud. La tecnología en salud es sumamente limitada en Haití. Los servicios de radiología y radioterapia se concentran en Puerto Príncipe y en algunos hospitales provinciales y casi todo el equipo es anticuado. Es raro encontrar técnicos bien formados y los servicios de dosimetría y las medidas de protección en las salas de rayos X y sus

CUADRO 3
Distribución de la población y del personal de atención de salud, y número de camas por 100.000 habitantes, por departamento.

Departamento (% de la población)	Médicos	Enfermeros	Auxiliares	Camas por 100.000 habitantes
Oeste (34%)	561 (73%)	527 (67%)	674 (37%)	56
Sudeste (7%)	21 (3%)	42 (5%)	42 (2%)	42
Norte (11%)	31 (4%)	52 (7%)	178 (10%)	66
Nordeste (4%)	15 (2%)	11 (1%)	67 (4%)	102
Artibonite (14%)	69 (9%)	33 (4%)	218 (12%)	45
Central (7%)	14 (2%)	9 (1%)	105 (6%)	62
Sur (9%)	30 (4%)	61 (8%)	264 (14%)	135
Grande-Anse (9%)	13 (2%)	22 (3%)	160 (9%)	89
Noroeste (6%)	19 (2%)	29 (4%)	136 (7%)	38

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Población y OPS/OMS. Análisis de situación de salud. Haití, junio de 1996.

alrededores son poco fiables. En general, hay equipo moderno de imagenología de diagnóstico solo en el sector privado. Un establecimiento privado de Puerto Príncipe recibió su primer explorador para tomografía computarizada en 1995. Los servicios de diálisis renal en Haití se limitan a dos unidades en un hospital privado.

Comunicaciones. En 1993, la OPS, junto con organizaciones no gubernamentales del sector salud, estableció una red de radiocomunicaciones conocida como “red radiofónica de salud”. Ha demostrado ser invaluable tanto para las actividades ordinarias de regulación (logística, administración) como para casos de urgencia. La red radiofónica tiene 15 afiliadas. Cinco estaciones de enlace por VHF cubren cerca de 70% del territorio nacional.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso. El Ministerio de Salud Pública es uno de los mayores empleadores del país y su plantilla tiene aproximadamente 8.900 funcionarios (19% de la administración pública). De ellos, 38% son funcionarios médicos y paramédicos y el 62% restante está constituido por personal administrativo y de apoyo. Se observaron grandes diferencias en la distribución del personal del Ministerio de Salud Pública en el país. En los hospitales de los departamentos había escasez de administradores y funcionarios capacitados, tales como ginecobstetras, anestesiistas, pediatras, cirujanos, ortopedistas, obstetras y enfermeros.

Hay aproximadamente 11.000 parteras tradicionales que atienden cerca de 80% de los partos. A pesar del intento hecho en junio de 1995 por enviar los médicos de Puerto Príncipe a las zonas rurales, quedó sin atender gran parte de las necesidades en el ámbito departamental.

Varias asociaciones profesionales regulan los distintos tipos de personal médico y paramédico y establecen las normas pertinentes. La Asociación Médica Haitiana, fundada en 1948 y reorganizada en 1973, redactó un código de ética médica y formuló propuestas para la política de salud de 1990. También trató de hacer participar más en la salud pública a los profesionales en ejercicio privado. Varias asociaciones especializadas estaban afiliadas a la Asociación Médica Haitiana.

Hay muy pocos datos sobre los farmacéuticos que ejercen en Haití. La Facultad de Farmacia forma a un promedio de 25 profesionales al año, pero como el campo farmacéutico no ofrece cargos atractivos, muchos se trasladan al exterior o ingresan al sector privado como representantes médicos o químicos en la industria farmacéutica.

Educación del personal de salud. En 1997 había siete instituciones públicas, incluso una facultad de medicina y

farmacia; una facultad de odontología; cuatro facultades de enfermería localizadas, respectivamente, en Puerto Príncipe, Les Cayes, Cap-Haïtien y Jérémie, y un instituto de tecnología médica. Se cerraron los cuatro centros nacionales de capacitación de auxiliares de salud. Funciona en Puerto Príncipe un instituto no gubernamental sin fines de lucro de capacitación en salud comunitaria y epidemiología. Se diplomaron alrededor de 80 médicos y 150 enfermeros al año.

Antes de 1993, algunas empresas privadas con fines de lucro abrieron muchos establecimientos de formación médica y paramédica. Hay dos escuelas de medicina, 10 escuelas de enfermería, más de 40 centros de capacitación de auxiliares de enfermería y varios institutos de tecnología médica. Los títulos conferidos por estos establecimientos no siempre son reconocidos por el Ministerio de Salud Pública. En cooperación con este se reanudó un proyecto de formación de parteras tradicionales, de cuatro años de duración (1996–1999), financiado por el PNUD.

Gasto y financiamiento sectorial

A pesar de haberse reducido en los últimos tres años, el presupuesto del Hospital Universitario del Estado en Puerto Príncipe absorbió una gran cantidad del gasto público (17%); se gastó otro 28% en otros hospitales públicos. El gasto público en medicamentos representó 2% y 3% del total gastado en 1994–1995 y 1995–1996, respectivamente, pero la mayoría de las instituciones privadas y públicas emplearon mecanismos de recuperación de costos. El gasto público en equipo representó de 4% a 5% del presupuesto; además, se gastaron G 7,4 millones (US\$ 510.345) en equipo en 1994–1995 por medio de ayuda externa concedida con ese fin (Cuadro 4).

El presupuesto del Ministerio de Salud Pública fue de G 157 millones en 1990 y de G 417 millones en 1996, pero debido a la inflación eso representa una baja de 27%. En valores constantes de 1990, las cantidades corresponden a G 157 millones y G 115 millones, respectivamente.

El gasto público en salud varió entre 7,1% y 10,7% del presupuesto nacional entre 1990 y 1996, lo que representa aproximadamente 1% del PIB. El gasto público per cápita en salud se redujo de G 25 en 1990 a G 16 en 1996, en valores constantes de 1990. Sin embargo, la cifra correspondiente a 1996 indicó una tendencia ascendente después de cuatro años de reducción durante la crisis política. Hasta mediados de los años noventa, alrededor de 90% del gasto público se había destinado a pagos de salarios y sueldos, lo que agotó el capital de trabajo destinado a los establecimientos de atención de salud, cuyos servicios se deterioraron continuamente. Se esperaba que la proporción destinada a salarios y sueldos en los presupuestos de 1995 y 1996 se limitaría a 70%, pero no fue así y en 1996 se mantuvo en 80%.

CUADRO 4
Gasto público en salud, ejercicios 1989–1990 y 1995–1996.

	Ejercicios	
	1989–1990	1995–1996
Gasto del Ministerio de Salud Pública (millones de gourdes, precios corrientes)	157	418
Gasto del Ministerio de Salud Pública (millones de gourdes, precios constantes de 1990)	157	115,2
Gasto público en salud/gasto público total	8,8%	10,7%
Gasto público en salud/PIB	1,1%	1,0%
Gasto público per cápita en gourdes (precios constantes de 1990)	24,8	15,7

Fuente: Andre F. Buttari J. Examen des Depenses Publiques d'Haití, Note No. 8, *Santé*, mars 1997.

Los recursos del sector salud no fueron los únicos que contribuyeron al esfuerzo nacional para mejorar el bienestar de la población haitiana. Hubo grandes aportes de otros sectores y ministerios del gabinete en campos como planificación intersectorial, capacitación, participación social, deportes, protección ambiental, recolección de basura, abastecimiento de agua, construcción de viviendas y carreteras, alimentación y agricultura, legislación sobre el salario mínimo, legislación sobre el control de armas de fuego y reglamentación del tránsito. Los siguientes son ejemplos de aportes directos a las operaciones de atención de salud en los últimos años.

El Ministerio de Asuntos Sociales, por conducto de su Instituto de Bienestar Social, abordó algunas cuestiones como las enfermedades de transmisión sexual en trabajadores del sexo, prestó atención prenatal, supervisó el bienestar de los niños callejeros y proporcionó servicios médicos a orfanatos dentro de su esfera de influencia. El Ministerio de Agricultura trabajó activamente en programas de control de zoonosis, abastecimiento de agua en las zonas rurales y alimentos por trabajo. El Ministerio de Educación planeó programas de salud escolar y se ha encargado de las facultades de medicina, farmacia y odontología desde 1995. El Ministerio de Asuntos y Derechos de la Mujer publicó un documento de política sobre la salud de la mujer en 1995, evaluó las condiciones de las mujeres encarceladas y estableció un registro médico uniforme para uso en los servicios de salud de las cárceles. Se redactó un memorando de entendimiento para la mejora de las condiciones imperantes en las cárceles, presentado para su aprobación a cuatro ministerios del gabinete (Asuntos Sociales, Salud, Justicia y Educación). El Ministerio también publicó una guía para la evaluación de albergues para mujeres y participó en una actividad de educación sobre salud reproductiva y sida destinada a grupos de mujeres de organizacio-

nes populares. El Ministerio del Medio Ambiente lanzó una campaña de información pública sobre la importancia de proteger la naturaleza y señaló estrategias de control de la deforestación. El Ministerio de Obras Públicas cumplió una función destacada en los programas de abastecimiento de agua y saneamiento y en una actividad destinada a mejorar las carreteras de la nación. La Empresa Metropolitana de Acueducto, el Servicio Nacional de Abastecimiento de Agua y el Servicio Metropolitano de Recolección de Desechos Sólidos están adscritos al Ministerio de Obras Públicas.

A veces, en los sectores público y privado se fijan y cobran tarifas que se utilizan para prestar atención a los clientes sin recursos. Sin embargo, la suma cobrada no alcanza para cubrir el costo total de los servicios.

Cooperación técnica y financiera externa

Una amplia proporción del gasto en salud provino de ayuda externa, particularmente para desembolsos de capital y gastos de operaciones. La ayuda internacional representó más de 50% del gasto público total y alcanzó 78% en 1994–1995. Antes de 1996–1997, los principales donantes eran la AID (EUA), Francia, el Canadá y el Japón; ahora la Unión Europea se ha convertido en el principal donante en el sector.

La mayoría de las organizaciones no gubernamentales son independientes. Las 100 afiliadas de la asociación de instituciones de salud privadas están dispersas por los nueve departamentos de Haití. Esta organización no gubernamental prestó asistencia técnica y sirvió de coordinadora y portavoz de las afiliadas. En general, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado han trabajado independientemente del Ministerio de Salud Pública.

HONDURAS

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Honduras tiene una extensión de 112.492 km² y una densidad de población de 46 habitantes por km². En las zonas urbanas la densidad es de 184 habitantes por km². El territorio es predominantemente montañoso y posee 19 cuencas hidrográficas. El principal problema ambiental es la deforestación, ya que desde 1964 hasta 1990 los bosques se han reducido en alrededor de 25.899 km² (34%), con una tasa de deforestación promedio anual de 800 km². Se estima que de 1992 a 1993, la pérdida de bosques alcanza 7% de la cobertura notificada en 1990, lo que indica una tasa superior a los 1.000 km² por año. El país está dividido en 18 departamentos y 297 municipios con 3.730 aldeas y 27.764 caseríos. Con la aplicación de la Ley de Municipalidades (1990), se fortaleció el proceso de descentralización y se transfirió 5% de los ingresos gubernamentales a las municipalidades.

En 1990 se estableció el programa de ajuste estructural de la economía y se adoptaron progresivamente políticas e incentivos que deberían conducir al uso más eficiente de los recursos, acompañados por programas de compensación social, tales como el Fondo Hondureño de Inversión Social, el Programa de Asignación Familiar y el Fondo Social de la Vivienda, cuyos objetivos son suavizar el impacto del ajuste en los sectores más pobres de la población. La participación de estos tres programas en el gasto social aumentó de 3,6% en 1990 a 13,6% en 1995.

El producto interno bruto per cápita fue de US\$ 702,7 en 1990 y de US\$ 722,0 en 1995, con una tasa promedio de incremento anual de 0,58%. En el mismo período la deuda externa total de Honduras registró un aumento de 23,5% al pasar de US\$ 3.517,8 millones en 1990 a US\$ 4.343,5 millones en 1995; de esta suma, 90% correspondió a la deuda pública.

Si bien las actividades predominantes de la economía siguen siendo la agricultura, la silvicultura, la caza y la pesca, a partir de la década de los noventa se observó un crecimiento

sostenido de la industria manufacturera (maquiladora), que hasta 1994 había generado unos 50.000 empleos, en comparación con los aproximadamente 6.000 que generaba a mediados de los ochenta.

La población económicamente activa (PEA) representa 35% de la población total. En 1995 el subempleo alcanzó 34% en las zonas rurales y 17% en las urbanas. En 1993 las mujeres constituían 31% de la PEA, 40% de la PEA urbana y 22% de la PEA rural. Los hogares encabezados por mujeres representan 24%, y de estos, 65% son pobres.

El mercado de trabajo discrimina a los jóvenes de ambos sexos que ingresan al mercado por primera vez. En 1994, el desempleo y el subempleo afectó a 73% de los hombres y 69% de las mujeres de 15 a 19 años. Este porcentaje se redujo a 43% en los hombres y 45% en las mujeres de 20 a 29 años, y en el grupo de 30 a 44 años están desempleados o subempleados 29% de los hombres y 40% de las mujeres.

La espiral inflacionaria ascendió de 21,7% en 1994 a 29,5% en 1995, afectando sobre todo el costo de la canasta básica de alimentos, que experimentó un aumento de 144% entre 1990 y 1995. Se estima que la población nacional consume en promedio únicamente 77% de las calorías necesarias, en tanto que la disponibilidad per cápita de alimentos se redujo en 10%, ya que el incremento de la producción en el período 1980–1994 fue menor que el de la población.

Un estudio de la Secretaría de Coordinación y Presupuesto basado en el consumo o gasto per cápita promedio mensual de los hogares y el costo de la canasta básica en marzo de 1994, reveló que en 1994 el porcentaje de hogares que estaban por debajo de la línea de pobreza era de 75,6% (la población indigente alcanzó 54,5% de los hogares), y únicamente 24,4% de los hogares se ubicaron en el nivel de no pobres.

En el período 1990–1994, el analfabetismo disminuyó de 31,3% en 1990 a 22,8% en 1994; el mayor descenso porcentual se produjo en el área rural (de 39,8% a 29,0%), y entre las mujeres (de 31,6% a 22,6%). Sin embargo, el analfabetismo en el área rural continúa siendo 49% más elevado que en el área urbana. El promedio de escolaridad en 1994 para la po-

blación total fue de 4,2 años; se estima que 60% de la PEA tiene menos de tres años de instrucción.

El déficit habitacional en 1995 era de 700.000 viviendas. De las viviendas urbanas, 64% presentan problemas de hacinamiento, 33% no disponen de agua potable y 41% carecen de sistemas de saneamiento. En el área rural las viviendas adecuadas representan únicamente 16% del total, y más de 81% no tienen acceso a servicios de agua potable y de eliminación de excretas, ni energía eléctrica.

Con base en el último censo de población realizado en 1988, la población estimada para 1996 era de 5,6 millones de habitantes (49,9% eran mujeres) y la tasa de crecimiento, de 2,8%. En 1996 la población de 0 a 4 años representaba 15,7% del total, la de 5 a 9 años 14,2%, la de 10 a 14 años 12,9%, la de 15 a 19 años 11,5%, la de 20 a 24 años 9,6%, la de 25 a 39 años 18,9%, la de 40 a 59 años 12,1% y la de 60 y más años, 5,1%. Esta distribución muestra una concentración de la población de menores de 15 años (42,8%). En los menores de 15 años y en los mayores de 65 se observaron incrementos en valores absolutos entre 1992 y 1996.

Existen en Honduras ocho etnias culturalmente diferenciadas: lencas, pech, garífunas, chortis, tawahkas, tolupanes o xicaques, misquitos y la población negra de habla inglesa. Un estudio realizado en 1993 sobre la caracterización de los pueblos indígenas de Honduras estimó una población de 253.790 personas (5,97% de la población total). Las zonas habitadas por la población indígena figuran entre las más postergadas en los análisis de la situación de salud que realiza la Secretaría de Salud Pública, con acceso limitado y escasa infraestructura básica de servicios, economías de subsistencia y problemas ecológicos en su entorno.

Se estima que en 1995 la población urbana representaba 43% de la población total y se concentraba en dos ciudades: Tegucigalpa y San Pedro Sula (32,9% y 16,2% del total de la población urbana, respectivamente). Esta concentración obedece principalmente a la migración hacia los centros de dinamismo político y económico del país, cuya tasa de crecimiento anual es de 4%. La migración muestra una importante diferencial geográfica por sexo, y los departamentos de Cortés y Francisco Morazán son los lugares de mayor atracción para las mujeres, principalmente los centros urbanos (San Pedro Sula y Tegucigalpa); por su parte los hombres migran sobre todo hacia las zonas agrícolas. En 1995 la tasa de migración nacional neta estimada total fue de -1,6% (-1,7 para los hombres y -1,4 para las mujeres); los grupos de población que tienden a emigrar son los de 15 a 44 años, con una mayor proporción en el de 20 a 29 años de edad. La emigración ha ido en aumento: en 1989 la tasa de migración neta fue de -1,1% (-1,3 para los hombres y -1,0 para las mujeres).

La esperanza de vida al nacer, que fue de 64 años para la población total en el período 1985-1990, en 1996 se estimó en 71 años para las mujeres y en 66 años para los hombres. La tasa global de fecundidad (TGF) estimada en la Encuesta

Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF) 1991-1992 fue de 5,2 hijos por mujer, en comparación con la de casi 7 en 1970. En el período 1991-1992, la TGF era de 6,4 hijos por mujer en el área rural y de 4,3 en el área urbana. La ENESF 1995-1996 informó una TGF de 4,9 hijos por mujer como promedio nacional, 6,3 en el área rural y 3,9 en el área urbana. La tasa de natalidad por 1.000 habitantes fue de 36,6 en 1992 y de 33,4 en 1996.

Se estima que alrededor de 80% de la población tiene acceso a los servicios de salud públicos: 60% está cubierta por la Secretaría de Salud Pública y aproximadamente 11% por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). El sector privado cubre un porcentaje relativamente bajo de la población total (alrededor de 5%), lo cual significa que un número considerable de hondureños no tienen acceso a los servicios de salud.

Mortalidad

El limitado desarrollo de las estadísticas vitales en el país se pone de manifiesto en el subregistro de las defunciones, que fue de 44,2% en 1990, último año con información disponible. Según estimaciones de la Secretaría de Planificación, la tasa bruta de mortalidad en 1996 fue de 5,8 por 1.000 habitantes, con un total de 32.666 defunciones de las cuales 18.510 correspondieron a hombres y 14.156 a mujeres; del total de defunciones, 15% (5.355) se notificaron a través de los egresos hospitalarios.

En 1990 las cinco primeras causas de muerte de la población general fueron las enfermedades hipertensivas isquémicas, las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades cardíacas (19,0%), accidentes y violencias (13,0%), las enfermedades del aparato respiratorio (9,5%), las enfermedades infecciosas intestinales (9,0%) y los tumores malignos (8,2%). Las principales causas de mortalidad infantil en 1990 (1.624 defunciones registradas y 638 mal definidas) fueron las enfermedades infecciosas intestinales (28,2%), las enfermedades del aparato respiratorio (21,8%) y las afecciones originadas en el período perinatal (20,6%).

Debido a las limitaciones de registro antes mencionadas, el país recurre a otros tipos de fuentes para calcular las tasas de mortalidad. Entre estas fuentes figuran las encuestas nacionales para temas específicos y los censos de población que se realizan en determinadas áreas geográficas que proporcionan datos de mortalidad basados en diversas metodologías; los datos sobre mortalidad materna son confiables y se basan en una investigación prospectiva realizada en 1990 que indica una tasa de 221 defunciones por 100.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil (TMI) descendió de 50 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 42 por 1.000 nacidos vivos en 1994.

Las defunciones hospitalarias aumentaron en números absolutos de 4.433 en 1993 a 5.355 en 1996, y de 10% a 16% con

respecto a las defunciones totales para esos años, estimadas en 33.300 y 32.666, respectivamente. De acuerdo con la CIE-9, las primeras causas de defunción hospitalaria entre 1993 y 1996 fueron las enfermedades del aparato respiratorio (11,8%), las enfermedades hipertensivas isquémicas, las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades cardíacas (9,1%), y accidentes y violencias (8,2%). Estas tres primeras causas coinciden (aunque no en el mismo orden), con las notificadas en 1990. Otras causas importantes fueron los tumores malignos (5,7%), las enfermedades virales (5,4%) y el sida (5,4%).

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

En el decenio de 1980, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer que fueron atendidos en establecimientos de salud de la Secretaría de Salud Pública y del Instituto Hondureño de Seguridad Social osciló entre 7,0 y 8,7%, cifra que aumentó a 9,2% en 1992. El porcentaje de desnutrición en los menores de 5 años aumentó de 48,6% en 1987 a 52,5% en 1991 y, según la Secretaría de Salud Pública, 2,1% de la mortalidad infantil en 1990 tenía como causa asociada la desnutrición, en comparación con 0,9% en 1980.

En cuanto a la práctica de la lactancia materna, el porcentaje de lactantes en lactancia exclusiva (grupo de edad de 0 a 3 meses) aumentó de 36,7% en 1991 a 42,4% en 1995. De esta proporción, 52,2% corresponden a menores que pertenecen a familias de bajo nivel socioeconómico; 51% son residentes de Tegucigalpa o San Pedro Sula y 49,0% del área rural. La lactancia complementaria (grupo de edad de 6 a 9 meses) es de 69,2%, y la lactancia continuada (grupo de edad de 20 a 23 meses) es de 45,4%. La lactancia materna como práctica exclusiva tiene una duración promedio de 2,1 meses.

Al comparar las principales causas de muerte en los menores de 5 años según las dos últimas encuestas epidemiológicas, las infecciones respiratorias agudas continúan siendo la primera causa de muerte con 22% en 1991–1992 y 23% en 1996. Como segunda causa le siguen las diarreas, que aumentaron de 19% a 21% durante el mismo período. Los resultados de la encuesta sobre indicadores socioeconómicos de 1994 muestran que las áreas geográficas con las tasas de cobertura de servicios de agua potable más bajas presentan los índices de prevalencia de diarrea más elevados. Si a las causas relacionadas con el parto (sepsis, asfixia y trauma obstétrico) se agrega la prematuridad, las afecciones perinatales se ubican entre las principales causas de muerte, con una contribución de alrededor de un tercio a la mortalidad en este grupo de edad.

La cobertura de matrícula escolar en el grupo de 5 a 9 años de edad se estimó en 73,1% en 1994. Los datos disponibles para este grupo de población se refieren al estado nutricional y provienen de la serie de censos de talla en escolares de 6 a 9 años de edad, realizados entre 1986 y 1996. La proporción de desnutridos se mantuvo en 39%. La desnutrición crónica afectó en 1996 a 33,3% de las niñas y a 42,2% de los varones, sin mayor variación con respecto a 1986. En 1996 la desnutrición era de 26,2% en la población urbana de este grupo de edad, y 44,6% en la rural, situación que ha empeorado desde 1991, cuando era de 24,4% y 40,8%, respectivamente. El retardo de la talla muestra una clara tendencia a incrementarse con la edad: en 1996 fue de 28,8% para los escolares de 6 años, 40,7% para los de 7 años, 50,9% para los de 8 años y 58,9% para los de 9 años.

La salud del adolescente (de 10 a 14 y de 15 a 19 años de edad)

La legislación hondureña define como jóvenes a aquellos en edades comprendidas entre 13 y 25 años, que en 1994 representaban 28% de la población total. Este grupo forma 47% de la PEA total y es responsable de 7,5% de los hogares del país. En 1993, 46% de los jóvenes vivían en áreas urbanas y 54% en áreas rurales. Según la Secretaría de Salud Pública, 16,3% de los casos de sida se han presentado en el grupo de 10 a 24 años de edad en 1995, precedido por los grupos de 25 a 29 años (20%) y 30 a 34 años (21%).

Según la ENESF 1995–1996, cerca de 45% de las mujeres de 18 años ya han iniciado relaciones sexuales, y la mitad de ellas ya tienen a esa edad el primer embarazo; 8,5% de las mujeres de 15 años y cerca de 40% de las de 18 ya han tenido una unión marital, y a los 20 años, 50% de las mujeres son madres. El 27,6% de las mujeres en unión entre 15 y 19 años emplean algún método anticonceptivo, y los más utilizados son los orales.

En el grupo de 16 a 19 años, el analfabetismo disminuyó de 11,9% en 1990 a 8,2% en 1994. En los hombres, esta proporción disminuyó de 14,4% a 10,1%, y en las mujeres, de 9,4% a 6,2% en el mismo período. En el Distrito Central existen 70 “maras” (grupos delincuentes juveniles) integradas por unos 1.500 jóvenes de 10 a 25 años, la mayoría del sexo masculino, que operan en los sectores marginales de estratos medios y bajos.

La salud de la población adulta (de 15 a 60 años de edad)

Los resultados de una investigación de mortalidad de mujeres en edad reproductiva realizada en 1990 (IMMER-90) indican que la tasa de mortalidad materna fue 221 por 100.000 nacidos vivos en ese año, con tasas más elevadas en aquellos departamentos en condiciones socioeconómicas más precarias y

con dificultades de acceso a los servicios básicos de salud (Gracias a Dios, Intibucá, La Paz, Lempira, Ocotepeque, Atlántida, Colón y Comayagua). Respecto a la estructura de la mortalidad materna, la IMMER-90 destaca como primera causa de muerte la hemorragia (32,8%), seguida de las infecciones (20,7%) y los trastornos hipertensivos (12,3%). Las muertes maternas por aborto constituyen 8,7% del total de muertes, y en 79% de estos casos la causa de la muerte fue la infección. A nivel hospitalario, la principal causa de muerte materna fue la infección (30,4%), seguida de los trastornos hipertensivos. Juntas, estas dos causas dan cuenta de 50% de las muertes maternas hospitalarias, y la hemorragia, de 15,2%. La IMMER-90 estimó que 5 de cada 100 muertes en mujeres de 15 a 49 años se atribuyen a cáncer de cuello uterino. En 1996, la mayor proporción (70,4%) de egresos hospitalarios en el grupo de 15 a 49 años correspondió a partos y 1,6%, a síndrome de dependencia alcohólica.

Aunque no se dispone de datos recientes, existen algunos indicios de que en el país podría estar disminuyendo la tasa de mortalidad materna estimada para 1990. Por ejemplo, de 1991–1992 a 1996 la atención institucional del embarazo y del parto se incrementó en 14% y 18%, respectivamente, mientras que la proporción de mujeres en unión que utiliza un método de planificación familiar aumentó alrededor de 7% durante el mismo período.

La salud del adulto mayor (de 60 años y más)

El envejecimiento de la población ocasionado por el incremento de la esperanza de vida se traduce en la demanda de atención de problemas propios de los ancianos que, a su vez, implica una carga adicional para los servicios de salud, en un contexto en que todavía la atención de necesidades de la población joven no ha sido superada completamente. No existe información sobre el estado de salud de la población anciana. Los datos de egresos hospitalarios de 1996 muestran que 17,9% corresponden a síndrome de dependencia alcohólica y 16,6% a diarreas (en el grupo de 50 años y más).

La salud de los trabajadores

El plan nacional de salud de los trabajadores, elaborado por la Comisión Nacional de Salud Ocupacional en 1992, estimó que la población económicamente activa representa 31,8% de la población total, y señaló que las condiciones de trabajo son deficientes e inseguras para la salud de los trabajadores. Se identificaron seis problemas de salud: los accidentes en los sitios de trabajo, la intoxicación con pesticidas, el ruido en el sector manufacturero, la salud reproductiva de las trabajadoras, el uso generalizado de productos químicos y los problemas de salud mental (tales como depresión y alcoh-

lismo). Existen pocos datos disponibles sobre estos temas, excepto los estudios realizados sobre pesticidas en alimentos elaborados y en la leche humana, y sobre los niveles de colesterol en los trabajadores agrícolas.

La salud de los discapacitados

En Honduras, 4,5% de la población presenta alguna discapacidad que requiere rehabilitación. Aunque se desconoce la distribución por sexo y edad de los afectados, hay informes aislados provenientes de instituciones específicas tales como el IHSS, los hospitales generales, el asilo para inválidos y la Fundación Teletón. Esta última tiene tres centros (en Tegucigalpa, San Pedro Sula y Santa Rosa de Copán), en los que entre 1990 y 1995 atendió a 26.139 pacientes. Se estima que en los municipios de Siguatepeque y La Esperanza, 4,5% y 4,8% de la población, respectivamente, tiene alguna discapacidad, lo que ha llevado al fortalecimiento del proceso de rehabilitación basado en la comunidad.

La salud de los indígenas y de las poblaciones fronterizas

La población indígena hondureña en edad productiva tiene de 8 a 59 años de edad. La desnutrición es un problema generalizado entre ellos, y afecta a 95% de la población menor de 14 años. De cada 100 indígenas que nacen, 68 mueren de enfermedades infectocontagiosas. En 1993, la esperanza de vida estimada para este grupo fue de 36 años para los hombres y 43 años para las mujeres, mientras que la esperanza de vida de la población general se estimaba en 67 años (64,8 años para los hombres y 69,6 para las mujeres).

En las localidades ubicadas en la frontera entre Honduras y El Salvador, donde residen 71.043 habitantes, las cinco primeras causas de mortalidad general en 1994 fueron las enfermedades respiratorias, las infecciosas intestinales, las afecciones originadas en el período perinatal, los accidentes y las neumonías en los departamentos de La Paz e Intibucá (Honduras), y las enfermedades diarreicas, la desnutrición, las enfermedades respiratorias, los accidentes y las enfermedades cardíacas, en el departamento de Morazán (El Salvador). La cobertura de inmunización en 12 municipios fronterizos es en promedio de 60,3%.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. Los datos notificados indican que el número de casos de malaria aumentó

de 70.838 en 1992 (IPA:18,05) a 74.487 en 1996 (IPA:16,49), principalmente en las zonas norte y sur del país, donde en conjunto se notificaron 52% de los casos en 1996. Sin embargo, es la zona pantanosa del oriente la que presenta las tasas más altas de incidencia por cada 1.000 habitantes (46,4 en 1994 y 74,3 en 1995). En 1996, 98,9% de todos los casos se debieron a *Plasmodium vivax* y 1,1% (1.003 casos), a *P. falciparum*. En 1995 se registraron tres defunciones hospitalarias, dos de las cuales correspondieron al sexo femenino y a mayores de 50 años. De 1993 a 1995, el mayor número de casos se presentó en el grupo de 15 a 49 años y en el sexo femenino (51% en 1993, 62% en 1994 y 53% en 1995).

Se notificaron 2.687 casos clínicos de dengue en 1993, 4.687 en 1994 (74% más que en 1993) y 28.064 en 1995; en 1996 el número de casos se redujo a 7.564. En 1995 el mayor número de casos de dengue clásico (16 de ellos asociados con síndrome hemorrágico) se diagnosticaron en las zonas central y norte del país, donde se presentaron casi 50% de todos los casos; los meses más críticos fueron los de agosto a noviembre, época lluviosa en la que se registraron 86% de todos los casos del año. En 1993–1994, la mayor parte de los casos se presentaron en mujeres, y más de la mitad, en la población mayor de 15 años.

Rhodnius prolixus y *Triatoma dimidiata* son los vectores transmisores de la enfermedad de Chagas en Honduras. El primero se localiza en las zonas rurales montañosas que se extienden desde el sur de la frontera con Guatemala hasta la frontera con El Salvador y Nicaragua. El segundo está ampliamente distribuido en el país, tanto en zonas rurales como urbanas. En 1994 se notificaron 14 casos clínicos de enfermedad de Chagas, 94 en 1995 y 66 hasta octubre de 1996. Un estudio clínico-epidemiológico realizado en 1995 mostró una prevalencia de 35% de enfermedades cardíacas en adolescentes y adultos seropositivos en áreas altamente endémicas, y los programas de implantación de marcapasos señalan que en el período 1994–1996, 25% de los pacientes, con una edad promedio de 32 años, padecían la enfermedad. Un estudio realizado en 1996 en el municipio de San Francisco de Opalaca, departamento de Intibucá (zona de alta prevalencia), mostró que 17,7% de los niños menores de 5 años estaban infectados.

En 1992 se notificaron 992 casos de leishmaniasis cutánea y 1.083 en 1994. Esta cifra se incrementó 13% en 1995, con 1.230 casos de los cuales 70% se presentaron en el departamento de Olancho; en 1996 se comunicaron 1.234 casos. Los registros hospitalarios no informan del número de casos de leishmaniasis atípica y visceral, aunque en 1996 el laboratorio central de la Secretaría de Salud Pública notificó 3.866 casos con diagnóstico confirmado, de los cuales 1.678 correspondieron a la forma cutánea ulcerada, 238 a la mucocutánea, 169 a la visceral y 1.781 a la cutánea no ulcerada.

Enfermedades inmunoprevenibles. No se han presentado casos de poliomielitis desde 1989. Se notificó un caso de sarampión en 1995 y cuatro en 1996; desde 1991 no se registran muertes por sarampión. La cobertura de vacunación en el grupo de menores de 1 año fue de 91% en 1996, mientras que la correspondiente al grupo de menores de 5 años aumentó en relación con los años anteriores, y en 1996 fue de 97,3% para la Sabin, 96,5% para la DPT, 98,7% para la antisa-rampionosa y 100% para la BCG.

En 1990 el país adquirió el compromiso de eliminar el tétano neonatal; en 1995 la cobertura alcanzada con segunda dosis de toxoide tetánico en mujeres en edad fértil fue de 93%. Únicamente se han notificado tres y cuatro casos de tétanos neonatal en 1995 y 1996, respectivamente, lo que representa una disminución de 50% en relación con 1994. En el período 1990–1994, 63% de los casos procedían de áreas urbanas.

En 1994 se inició una campaña para vacunar contra la hepatitis B a todos los trabajadores de salud; en 1995 se había vacunado a 50% y en 1996 a 67,8%. En 1996 se presentaron 200 casos de tos ferina. No se han notificado casos de difteria desde 1981, y ante la alerta por brotes en la región de las Américas, se intensificó la vigilancia. En relación con la meningitis tuberculosa, se presentaron 11 casos en 1994, 8 en 1995 y 10 en 1996.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. La prevalencia de diarreas en menores de 5 años disminuyó en Tegucigalpa y San Pedro Sula de 25,5% en 1987 a 18,8% en 1991 y 14,8% en 1996. En el área rural la prevalencia ha sido variable (31,9% en 1987, 19,1% en 1991 y 21,1% en 1996). El cólera apareció en el país en octubre de 1991, causando una letalidad hospitalaria en menores de 5 años de 4,2% en 1992 y 2,0% en 1996. En 1995 hubo 4.748 casos de cólera a nivel nacional, con una tasa de letalidad de 1,6% (77 defunciones); 56% de los casos se presentaron en hombres y 76% de estos en el grupo de 15 años y más. En 1996 hubo 708 casos y 14 defunciones, con una letalidad de 1,9%; 53,2% de los casos se presentaron en hombres y, de estos, 40% en el grupo de 15 años y más.

Enfermedades crónicas transmisibles. En 1992 se presentaron 45 casos de meningitis tuberculosa, 23 en 1993 y 15 en 1994, con 6, 5 y 11 casos en menores de 5 años, respectivamente. El número promedio de casos de tuberculosis notificados de 1992 a 1996 fue de 4.267, con una tasa de morbilidad de 83,3 y una de mortalidad de 4,9 por 100.000 habitantes en 1992, y de 70,6 y 5,0 por 100.000 habitantes en 1996, respectivamente.

En el período 1993–1995 el promedio anual de egresos hospitalarios por tuberculosis fue de 1.289, con predominio de casos en el sexo masculino (60%) y en mayores de 15 años. La zona centro y nororiental del país son las que presentan el

mayor número de casos. La tuberculosis extrapulmonar presentó una tasa de 5,2 casos por 100.000 habitantes en 1989 y de 2,0 casos en 1996. Se han tratado todos los casos detectados de tuberculosis pulmonar, y únicamente se presentó un caso farmacorresistente. De los 416 pacientes que reciben tratamiento acortado estrictamente supervisado, 380 sanaron y 36 abandonaron el tratamiento (esta información corresponde a 50% de los casos diagnosticados por baciloscopia durante el primer semestre de 1995).

La tasa de prevalencia de lepra se mantuvo en 0,1 (84 casos) por 10.000 habitantes desde 1992 hasta 1995; hubo un promedio de tres casos nuevos por año entre 1992 y 1995.

Infecciones respiratorias agudas. La ENESF 1991–1992 señala que las infecciones respiratorias agudas son más frecuentes en Tegucigalpa y San Pedro Sula (38,2%) que en otras ciudades de menor tamaño y que en el área rural (32%), y que los niños menores de 1 año son los más afectados. La prevalencia de las infecciones respiratorias agudas se reduce de 38% en los menores de 1 año a 25% en los de 4 años de edad. Gracias al fortalecimiento de las actividades de manejo comunitario de las neumonías y la capacitación de voluntarios, ha disminuido la letalidad de estas infecciones.

Rabia y otras zoonosis. En 1992 se presentaron dos casos de rabia humana en la zona metropolitana, en 1993 no se presentó ninguno, en 1994 se presentó uno en la zona sur del país y en 1995 se presentaron dos casos, ambos en la zona metropolitana de Tegucigalpa. Con excepción de un caso, los restantes se presentaron en pacientes menores de 10 años. En 1996 no se presentaron casos de rabia humana. El número de casos de rabia canina disminuyó de 14 en 1995 a 9 en 1996.

Con respecto a la cisticercosis, un estudio realizado en 1995 en los animales sacrificados en la procesadora metropolitana de carne mostró que 3% de los porcinos sacrificados se encontraban infectados con cisticercos. Los departamentos de Olancho, Francisco Morazán, El Paraíso y Choluteca son los más afectados.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En 1993 se notificó una tasa de 19,0 casos de sida por 100.000 habitantes, y en 1995 la tasa fue de 17,7. El patrón de transmisión predominante es a través de las relaciones heterosexuales (82,9%). La razón hombre/mujer de 4:1 registrada al inicio de la epidemia se ha reducido con los años hasta acercarse a la paridad de ambos grupos. El grupo de edad de 25 a 29 años es el más afectado (21,8%), aunque en el grupo de menores de 5 años ha ido aumentando el número de casos diagnosticados (de 1,9% en 1987 a 4,8% en 1996). Geográficamente, la mayor proporción de casos (47,6%) de sida provienen de la zona norte del país, seguida de la región central (20,4%). De los 6.005 casos acumulados hasta 1996, 1.041 han muerto. El

porcentaje de mujeres infectadas también ha ido en aumento: de 30,3% de 752 casos en 1992 a 38% de 734 en 1996. En 1991, en San Pedro Sula la tasa de prevalencia de VIH fue de 3,6% entre las mujeres embarazadas y de 14% entre las trabajadoras del sexo. La tasa registrada de prevalencia en el grupo de embarazadas fue de 2,8% en 1992 y de 2,5% en 1993. Entre las trabajadoras del sexo, la prevalencia fue de 16,3% en 1992 y 15% en 1993. En Tegucigalpa se observa una prevalencia sostenida de VIH de 0,3% entre las mujeres embarazadas en 1992 y 1993.

En relación con las enfermedades oportunistas, la candidiasis ocupa el primer lugar con 37,7% seguida por la tuberculosis, en sus formas pulmonar (19,8%) y diseminada (3,6%). Esta asociación entre tuberculosis y sida muestra una tendencia ascendente, con una tasa de 0,11 por 100.000 habitantes en 1986 y una de 1,4 en 1996. No se ha demostrado aún la presencia de tuberculosis por cepas resistentes al tratamiento convencional.

Otras enfermedades de transmisión sexual. La incidencia de casos sigue siendo mayor en la región metropolitana y en el norte del país. En el período 1992–1995, el número de casos de estas enfermedades disminuyó gradualmente de 2.004 a 1.026. En 1996 se notificaron 1.112 casos, con una tasa de 19,8 por 100.000 habitantes. De acuerdo con los registros de egresos hospitalarios, la sífilis predomina en las mujeres y en el grupo de 15 a 49 años, seguido por el de los menores de 1 año, en quienes se detecta la enfermedad en el momento del parto. En cuanto a la gonorrea, el número de casos notificados disminuyó de 5.952 en 1992 a 2.146 en 1996.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. La desnutrición proteinoenergética crónica —retardo del crecimiento— en menores de 5 años se ha mantenido sin variaciones significativas de 1987 (39,1%) a 1994 (39,7%). Aunque desde 1987, en el grupo de 1 a 5 años ha disminuido (de 43,9% en 1987 a 36,7% en 1996), la prevalencia se mantiene alta, sugiriendo que el problema se debe a períodos prolongados de alimentación deficiente acompañados de constantes procesos mórbidos leves. La desnutrición —enflaquecimiento— se ha reducido y no representa un problema de gran magnitud; mostraba valores de 1,9% en 1987, 2,4% en 1991–1992 y 1,9% en 1993–1994. La desnutrición global (deficiencia de peso para la edad) se ha mantenido a lo largo del período 1987–1994 entre 20,6% en 1987, 21% en 1991–1992 y 19,0% en 1993–1994. El mayor daño nutricional se observa en la zona rural occidental del país, en donde se

registran prevalencias de 59,5% de desnutrición crónica y 32,5% de desnutrición global, situación íntimamente relacionada con los altos niveles de pobreza (96,1%) existentes en esa zona.

La deficiencia de vitamina A afecta a 13% de la población de 1 a 3 años de edad, que presenta una deficiencia subclínica de vitamina A. El problema es mayor en el occidente rural, seguido de otras áreas urbanas y el norte rural. No existen datos actualizados sobre la prevalencia de bocio por deficiencia de yodo en escolares (en 1987 fue de 8,8%); sin embargo, estudios de yoduria realizados en 1995 en sitios centinelas permiten inferir que no es un problema de gran magnitud. La deficiencia de estos micronutrientes ha sido tratada mediante un programa exitoso de fortificación de la sal con yodo y el azúcar con vitamina A. La deficiencia de hierro es alta y en 1996 afectaba a 30,2% de los niños entre 1 y 3 años, de los cuales 0,5% presentaban anemia grave. Este problema está esparcido en todo el territorio nacional. El 26% de las mujeres en edad fértil y 32% de las embarazadas con niveles deficientes de hemoglobina estaban anémicas.

Enfermedades cardiovasculares. La única información disponible son los registros de egresos y de mortalidad hospitalarios. La tasa de egresos hospitalarios por 100.000 habitantes fue de 99,0 en 1993 (2.030 pacientes), 116,6 en 1994 (4.768 pacientes) y 126,3 en 1995 (6.189 pacientes); la tasa de mortalidad hospitalaria por 100.000 habitantes fue de 11,7, 14,8 y 13,6, respectivamente, para los mismos años. En todos los egresos por enfermedades cardiovasculares predominan las mujeres mayores de 50 años. La mayor proporción (38%) de las defunciones corresponden a enfermedades cerebrovasculares. Aunque estos datos no permitan generalizar una tendencia para el país, se puede observar un aumento tanto en la mortalidad como en los egresos hospitalarios por estas causas.

Tumores malignos. De las 173.961 citologías realizadas en 1995 en todo el país (34,8% de cobertura a mujeres de 30 a 59 años), 0,4% de las muestras resultaron anormales, y el mayor número de casos correspondió a la zona noroccidental del país. El 53% de las muestras anormales se presentaron en mujeres de 30 a 49 años y 25%, en mujeres de 50 años y más. Desde 1990 se cuenta con un registro de incidencia de cáncer ubicado en el Hospital General San Felipe (Tegucigalpa), centro de referencia nacional de pacientes con cáncer, y único con una unidad de cobalto 60 a nivel institucional. En 1990 y 1995 se atendieron 389 y 870 casos nuevos de pacientes con cáncer, respectivamente. En 1994, 60% correspondió a cáncer de útero, 8% a cáncer de mama femenina, 4% a cáncer de tráquea, bronquio y pulmón, 4% a cáncer de piel y 3,6% a cáncer de estómago. El Departamento de Estadísticas de la Secretaría de Salud Pública informó que la mortalidad hos-

pitalaria por tumores malignos alcanzó una tasa de 60 por 100.000 habitantes en 1993, 51 por 100.000 en 1994 y 43 por 100.000 en 1995. Las principales localizaciones son el aparato digestivo, el genitourinario, el respiratorio y los huesos y tejidos.

Accidentes y violencia. La violencia común ha ido aumentando en todo el país, de acuerdo con la información proporcionada por la Dirección de Investigación Criminal. Por su parte, la Fuerza de Seguridad Pública informó que la tasa de homicidios aumentó de 20,7 por 100.000 habitantes en 1989 a 40,0 por 100.000 en 1995; en la mayoría de los homicidios se utilizan armas de fuego (69,6%). Asimismo, ha disminuido la edad de inicio de actividades delictivas (10 años de edad).

La tasa de mortalidad por accidentes de tránsito aumentó de 7,6 por 1.000 habitantes en 1989 a 13,8 en 1994, mientras que la violencia doméstica registró una tasa de 65,5 por 100.000 habitantes en 1996, año en que se inició el registro por denuncia de este tipo de violencia. Los delitos contra menores (entre 1 y 18 años de edad) alcanzaron una tasa de 66,0 por 100.000 habitantes en 1996. En ese mismo año, la tasa de denuncia de violaciones sexuales fue de 3,0 por 100.000 habitantes para las mujeres y de 5,3 por 100.000 mujeres para las niñas.

Trastornos del comportamiento. Ha disminuido la edad de inicio de consumo de alcohol y tabaco. Un estudio sobre infancia y alcohol realizado en ocho colonias marginales del área metropolitana en 1992 reveló que la edad en la que se consumió alcohol por primera vez oscila entre los 10 y 16 años, y que el hogar y la casa de un amigo son los lugares donde se experimenta esta primera ingesta. En 78% de los hogares habitados por jóvenes se usa alguna droga, y el tabaco y el alcohol son las sustancias que más se consumen. El 42% de los accidentes de tráfico están asociados al consumo de alcohol por los conductores, y 61% de los accidentes de trabajo (lesiones y mutilaciones) suceden entre trabajadores que han ingerido alcohol en exceso el día anterior. El 51% de los divorcios acontece entre parejas donde uno de los cónyuges, por lo general el hombre, es alcohólico y presenta trastornos de la personalidad.

En un estudio realizado por el Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia, sobre el uso de alcohol y drogas en los estudiantes de escuelas normales de Honduras en 1996, cuatro de cada cinco estudiantes notificaron que el alcohol puede ser obtenido fácilmente por los niños y adolescentes en el barrio o colonia donde viven, y aproximadamente la mitad de los encuestados (47%) comunicaron lo mismo en cuanto al tabaco. Respecto a las drogas ilegales, menos de 17% señalaron que les resultaba fácil la obtención de marihuana en sus comunidades.

Desastres naturales. En 1993 las tormentas Bert y Gert afectaron a 4.000 hogares, 30.000 habitantes y 2.000 km² de tierras agrícolas en la región norte de Honduras. En noviembre de 1996 se produjeron inundaciones debidas a precipitaciones en las cuencas de los ríos Chamelecón, Ulúa, Luán y Aguán; se calcula que 80.840 personas fueron afectadas por esta situación. Además se perdieron cultivos de maíz, frijol, sorgo, arroz y bananas por un valor aproximado a los US\$ 7,7 millones, y algunas carreteras y alrededor de 10 puentes sufrieron daños.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El esfuerzo para modernizar y descentralizar el Estado abarcó también al sector salud. Entre 1994 y 1997 la Secretaría de Salud Pública profundizó el proceso de descentralización hasta llegar a las mismas áreas de salud y a los órganos de gobierno municipal, e incorporó en los mismos a otros actores importantes para promover el proceso de “acceso a los servicios de salud, eje fundamental de la reforma de los servicios de salud”. El proceso nacional de acceso se ha constituido en la política central de la Secretaría de Salud Pública y en la respuesta de esta institución a las demandas extrasectoriales de reforma provenientes de la Comisión Nacional de Modernización del Estado, la Secretaría de Hacienda, la Secretaría de Gobernación y otros organismos de la administración central que intervienen en los procesos de reforma estructural del Estado hondureño, así como de los organismos internacionales de crédito.

Por otra parte, el envejecimiento de la población, las transformaciones operadas en el perfil epidemiológico, el incremento de la violencia, de las enfermedades mentales, de la drogadicción y de las enfermedades crónicas como el cáncer y las afecciones cardiovasculares, añaden complejidad al panorama epidemiológico de Honduras. A ello se agrega la urbanización acelerada, sin adecuados servicios de infraestructura, y las expectativas de una población más educada que demanda una atención oportuna y de calidad, mientras que por lo menos 30% de la población no tiene acceso a servicios básicos de salud.

El proceso nacional de acceso, que aborda estos problemas extendiendo la cobertura de servicios y transformando a las instituciones de salud fundamentales del país, bajo la rectoría y regulación de la Secretaría de Salud Pública, incluye tres estrategias básicas: la readecuación de las redes locales de salud, haciendo hincapié en las áreas de salud; el control social de la gestión de los sistemas de salud, y el desarrollo y transformación cualitativa de los recursos humanos. La definición de una política de salud adecuada y de las estrategias

básicas para concretarla han fortalecido la capacidad de conducción política de la Secretaría de Salud Pública, así como su poder de negociación con los distintos actores relevantes y de convocatoria nacional. Se han descentralizado múltiples aspectos de la gestión y planificación, lo cual contribuye a que las instancias normativas centrales e intermedias, habituadas al manejo centralizado de programas verticales, tengan que revisar las modalidades de trabajo. Por otra parte, también los organismos de cooperación externa están coordinando sus acciones en torno a los procesos nacionales y descentralizando sus actividades de cooperación hacia las áreas de salud más postergadas para lograr mayores impactos con equidad, eficiencia, eficacia y participación social, que son los principios fundamentales de la política de salud de Honduras.

La Secretaría de Salud Pública ha impulsado políticas específicas tales como la extensión acelerada de los servicios mediante el acceso universal a paquetes básicos de salud; la coordinación de la cooperación externa; la reorganización del sistema, con énfasis en los niveles locales; la protección del ambiente y la salud; el financiamiento de la salud; la seguridad alimentaria; el desarrollo de los recursos humanos institucionales y comunitarios, y problemas críticos de urgente solución, tales como el desabastecimiento de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos. En el plan de gobierno 1994–1997 se propuso aumentar la cobertura de servicios de agua y saneamiento en las áreas con mayores riesgos epidemiológicos, así como proteger la naturaleza con una concepción ecológica sostenible del desarrollo humano local.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El sistema de salud de Honduras está compuesto por los subsistemas público y privado. Los servicios son prestados fundamentalmente por la Secretaría de Salud Pública, que da cobertura a 60% de la población y funciona como agencia proveedora y reguladora, el Instituto Hondureño de Seguridad Social, que atiende entre 10% y 12% de la población, y, en menor grado, por las Fuerzas Armadas, la Junta Nacional de Bienestar Social y el Departamento de Medicina, Higiene y Seguridad Ocupacional del Ministerio de Trabajo. El subsistema de salud pública es rector, además, del Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA). El subsistema privado lo constituyen 15 hospitales y un número no bien cuantificado de consultorios privados, algunos de los cuales son financiados y administrados por grupos religiosos; se estima que da atención a alrededor de 10% de la población.

Los servicios que presta la Secretaría de Salud Pública están organizados en seis niveles de atención, articulados por un débil sistema de envío. Para la conducción y gerencia de

los servicios, la Secretaría ha organizado nueve regiones sanitarias, las que a su vez se dividen en 41 áreas de salud; esta división no coincide con la división político-administrativa del país. En 1994 la red de servicios de la Secretaría contaba con 978 establecimientos, distribuidos en 28 hospitales, 214 centros de salud con médico, 727 centros de salud rural y 9 clínicas maternoinfantiles. De los 28 hospitales, 6 son considerados de referencia nacional, 6 regionales y 16 de área.

El subsector público cuenta con 4.803 camas de las cuales 4.141 pertenecen a la Secretaría de Salud Pública y 662 al IHSS (una tasa de 0,8 camas públicas por cada 1.000 habitantes). En 1995 la Secretaría de Salud Pública produjo 35,1 egresos hospitalarios por cada 1.000 habitantes, de los cuales 40% se debieron a partos. El subsector privado produce alrededor de 30% de todos los egresos hospitalarios del país. El porcentaje promedio de ocupación en los hospitales de la Secretaría de Salud Pública fue de 73%. En el área rural, la gran mayoría de los partos son atendidos por parteras tradicionales; en el área urbana, este servicio lo proveen los hospitales.

Para coordinar las acciones y evitar la duplicación de servicios de atención primaria y terciaria, se han establecido convenios de atención compartida entre el Hospital Médico Quirúrgico del IHSS y los hospitales nacionales de la Secretaría de Salud Pública en las áreas de psiquiatría, oftalmología, oncología, nefrología, cuidados intensivos y cardiología.

Legislación sanitaria

El Código Sanitario vigente fue aprobado en 1991. Mediante la Ley de Municipalidades (Decreto No. 134-40 de octubre de 1990), se ha avanzado en la descentralización sanitaria y en la coordinación y ejecución de medidas y acciones que aseguren la salud y el bienestar general de la población.

La Ley General del Ambiente, aprobada en 1993 para incentivar la promoción del medio ambiente, estableció la creación del Despacho del Ambiente, el Consejo Consultivo Nacional del Ambiente y el Comité Técnico Asesor para apoyar a la Secretaría del Ambiente y a la Procuraduría del Ambiente.

En 1992 se promulgó la Ley de Modernización y Desarrollo del Sector Agrícola, que tiene a su cargo el registro de productos agroquímicos o biológicos de uso agrícola o veterinario, con el fin de evitar los riesgos ambientales, y en 1993 se aprobó un reglamento para el control sanitario de la venta de alimentos en lugares públicos.

En 1993 se emitió una ley de procedimientos que otorga trato especial a los ancianos, jubilados y pensionados, concediendo descuentos para recreación, viajes, hospitalización y otros servicios.

Existe una comisión de salud en el Congreso Nacional, que tiene a su cargo el estudio y la emisión de dictámenes sobre diferentes anteproyectos de leyes que luego se someten ante la

Cámara Legislativa para su aprobación. Dentro del contexto de la integración centro y latinoamericana, dicha comisión forma parte del Parlamento Centroamericano (PARLACEN) y del Parlamento Latinoamericano (PARLATINO).

Organización de las actividades de regulación sanitaria

Certificación y ejercicio de las profesiones de la salud.

La fuerza de trabajo del sector salud, como la de otros sectores laborales, está regulada en el país por la Ley de Servicio Civil vigente cuyo cumplimiento está a cargo de una oficina de personal y recursos humanos. En el caso particular de los médicos, el estatuto del médico empleado regula cuestiones tales como procedimientos para reclutar y mantener al personal médico, jornadas laborales, promociones y ascensos e incrementos salariales. Los gremios profesionales, especialmente los que agrupan al personal médico y de enfermería, se encuentran en un proceso de revisión de las regulaciones para el ejercicio de sus respectivas profesiones.

El mercado de medicamentos. En Honduras circulan entre 7.000 y 9.000 medicamentos de los cuales 5.071 poseen licencia de comercialización otorgada por la Secretaría de Salud Pública. De estos, 4.011 corresponden a productos de marca y 1.060 a productos genéricos. Los medicamentos que se consumen en el país son comercializados por una red de distribuidores: 115 mayoristas (droguerías), 620 farmacias y 215 puestos de venta de medicamentos.

La Secretaría de Economía controla el precio y los márgenes de utilidad de los medicamentos importados. El precio de los productos farmacéuticos de producción nacional es libre y no está sometido a ningún control. Entre 1992 y 1994 los índices oficiales de precios de los productos farmacéuticos importados se han incrementado en 26%, conjuntamente con los correspondientes a los del cuidado de la salud (30% en el mismo período).

La calidad del ambiente. El problema de la contaminación de los ríos solo se ha investigado en aquellos lugares donde la contaminación es evidente. En la mayor parte de los sistemas de agua de las zonas rurales se ha detectado contaminación bacteriológica. En las zonas urbanas, como Tegucigalpa y Choluteca, la contaminación del agua de consumo tiene lugar en la red de distribución debido a la obsolescencia de la misma. Según los registros del Servicio Nacional de Agua y Alcantarillado (SANAA), de los 55 sistemas principales de alcantarillado del país únicamente 11 poseen sistemas de tratamiento de aguas servidas. Se estima que 82% de la población cuenta con sistemas de disposición de excretas consistente en alcantarillado sanitario, tanque séptico o letrina.

Se han realizado esfuerzos para contrarrestar la contaminación atmosférica. La Secretaría del Ambiente, junto con los Ministerios de Hacienda y Economía, han realizado actividades para lograr la introducción de la gasolina sin plomo en el país. Mientras tanto, el Centro de Estudios sobre Contaminantes continúa con la vigilancia de la contaminación atmosférica por emisiones de vehículos de motor, así como de otros contaminantes. Por su parte, la Secretaría de Salud Pública efectúa estudios sobre residuos hospitalarios.

En 1993 se creó la Secretaría del Ambiente (SEDA) para asegurar el cumplimiento de la Ley General del Ambiente, formular políticas y coordinar acciones con otras instituciones como el Ministerio de Recursos Naturales, el SANAA y organismos de cooperación internacional, para proteger el medio ambiente en todo el territorio nacional. Los instrumentos legales que protegen la salud y el ambiente son, además de la mencionada Ley General del Ambiente, el Reglamento General del Ambiente, el Código de Salud y la Ley de Municipalidades. Esta última le confiere a las municipalidades competencias particulares para el manejo de los recursos naturales y el tratamiento y control de contaminantes, entre otras funciones, aunque casi ningún gobierno municipal tiene en la actualidad suficiente capacidad tecnológica para tomar medidas de política ambiental.

Durante 1996 se inició el establecimiento de los índices de calidad ambiental (ICA) en 45 ciudades del país, con el propósito de evaluar o controlar con tecnología práctica y de bajo costo algunos riesgos ambientales.

Alimentos. No existen programas de protección de alimentos. Las actividades que se realizan en este campo son las que dispone el Código Sanitario en relación con su control, y diversas leyes tales como la de fortificación del azúcar con vitamina A y de la sal con yodo, y la del enriquecimiento de la harina de trigo.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. La Secretaría de Educación coordina actividades en materia de deportes con el fin de mejorar y promocionar los modos de vida saludables. Se ha reconocido que la violencia es un problema de salud pública, por lo que se han creado la comisión nacional contra el maltrato, una oficina gubernamental sobre la mujer y 20 consejos regionales interinstitucionales para atender y prevenir la violencia doméstica. En el Ministerio Público funciona la Fiscalía del Menor, la Fiscalía de la Mujer y la Dirección Nacional contra el Narcotráfico.

El Congreso Nacional ha trabajado en un nuevo código de la niñez, diversas leyes contra el alcoholismo y la drogadic-

ción, la elaboración de un nuevo código procesal penal, la ley de creación del instituto de la niñez y la familia, y una ley especial contra la violencia doméstica. También se ha fortalecido el Comisionado Nacional para la Protección de los Derechos Humanos con especial atención a los menores infractores, menores maltratados y mujeres agredidas. En junio de 1994 se firmó el pacto por la infancia para apoyar actividades de protección a la niñez.

Cada vez son más frecuentes las actividades de comunicación social en los planes municipales de salud, que tienen por fin difundir mensajes que den respuestas a los problemas de salud de la población.

El IHSS presta servicios a 14.680 pensionados y jubilados en todo el país. La Unidad de Jubilados y Pensionados del IHSS tiene un programa de atención que consiste en impartir seminarios de preparación para el retiro, y cursos de manualidades y de apoyo para la gestión de proyectos (cooperativas y microempresas).

Programas de prevención y control de enfermedades.

La Secretaría de Salud Pública tiene bajo su responsabilidad diversos programas de prevención y control de enfermedades, entre ellos los programas para el control del cáncer, de transmisión sexual y sida, de rabia, de enfermedades transmitidas por vectores, de tuberculosis y de lepra (este último hasta 1996).

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios.

El sistema de vigilancia epidemiológica ha mantenido coberturas semanales de notificación nacional inferiores al 60%, con diferencias importantes entre las regiones sanitarias del país. El sistema abarca las enfermedades de notificación internacional: cólera, peste, viruela, fiebre amarilla, influenza y paludismo, así como las incluidas en el sistema nacional de alerta y acción y en el programa ampliado de inmunización: fiebre tifoidea, dengue, meningitis y encefalitis.

La mayor parte de los programas de control han establecido sus propios sistemas de información sin una articulación entre sí, por lo que se han hecho esfuerzos por diseñar un sistema integrado de información que destaque el análisis de la información necesaria para la toma oportuna de decisiones. A nivel subregional, Honduras participa en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades diarreicas, amebiasis, tuberculosis, rabia, leishmaniasis y sida. En el proceso de aplicación de metodologías de análisis de la situación de salud, en 76% de las áreas sanitarias se impartió capacitación para la elaboración de planes municipales y de área.

La red de laboratorios está constituida por 28 laboratorios hospitalarios, 8 regionales y uno central de referencia. El 65% de sus recursos humanos presta servicios en las regiones sanitarias, 26% en los hospitales y 8,2% en el laboratorio central de referencia.

Servicios de agua potable y alcantarillado. La regulación y el control recaen en la Comisión Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (CONAPA), entidad descentralizada de la Secretaría de Salud Pública que cuenta con considerable independencia operativa y financiera, y con un alto nivel técnico. Está en marcha el proceso de descentralización de los servicios con la participación de la iniciativa privada; el proceso conlleva el traspaso a los municipios de los sistemas que opera el SANAA.

El SANAA ha adoptado una estructura tarifaria que clasifica a los usuarios, asigna cargos básicos y da consideración al consumo. En los acueductos rurales, la comunidad fija los cargos por servicios. En general, las tarifas aplicadas no generan los recursos necesarios para garantizar la sostenibilidad de los servicios.

Las prácticas comerciales de las dos principales entidades prestadoras de servicios en las dos ciudades más grandes del país (el SANAA en Tegucigalpa y la Dirección Municipal de Aguas en San Pedro Sula) se caracterizan por pérdidas de agua, falta de un catastro actualizado de usuarios y ausencia de medidores de consumo de agua. Los sistemas rurales construidos por el SANAA incorporan una importante participación comunitaria y su gestión se delega a juntas administradoras integradas por usuarios. Los sistemas urbanos menores y los rurales construidos por otras dependencias oficiales y organizaciones no gubernamentales siguen prácticas similares y la operación recae en las municipalidades, patronatos o juntas administradoras. Aún persisten desigualdades importantes según la zona de residencia, ya que la cobertura con servicios de agua potable y saneamiento es de 94,5% para la población de las zonas urbanas contra 63% para agua y 57% para saneamiento en las rurales.

Servicios de manejo de residuos sólidos. El tratamiento más común que se da a los desechos sólidos domiciliarios es la quema o incineración al aire libre, que ocasiona la contaminación del aire. Las municipalidades que tienen cierta capacidad de gestión y mayor población cuentan con un sistema para el manejo de los desechos, con una cobertura de 20% a 50% en las municipalidades de tamaño mediano y de 50% a 80% en las de tamaño grande (Tegucigalpa y San Pedro Sula).

Programas de ayuda alimentaria. Cuatro son los programas de ayuda alimentaria en Honduras: el de alimentación complementaria maternoinfantil (PAMI), el de asistencia alimentaria y nutricional a grupos vulnerables y promoción de actividades productivas para autoconsumo, el de merienda escolar (PME) y el de alimentos por trabajo (PAT). Estos programas han sido analizados y orientados a partir de 1995 como estrategias del plan de seguridad alimentaria nacional. Durante el período 1990–1993, el PAMI benefició a 220.907 personas con la distribución de alimentos en 1.153 centros de

alimentación y nutrición. Durante el mismo período, el PME atendió un promedio anual de 434.939 escolares, y en 1993–1994 cubrió a cerca de 50% de las escuelas públicas.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia. El proyecto de cirugía móvil tiene como objetivo lograr el máximo acceso a los servicios de salud, atendiendo las afecciones quirúrgicas más frecuentes de menor complejidad en las zonas más apartadas y desprotegidas del país, especialmente los niños. Para ello utiliza una unidad móvil que comenzó a funcionar en mayo de 1996; ese año atendió 468 cirugías, 46% de primer nivel y 52% de segundo nivel.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre. Existen en total 25 bancos de sangre y servicios de transfusión. De los seis hospitales nacionales, solamente tres cuentan con bancos de sangre y servicios de transfusión; los hospitales regionales y de área tienen sus propios bancos de sangre. En la Secretaría de Salud Pública se ha creado una unidad con el propósito de estructurar la organización y el funcionamiento de la red de bancos de sangre. Esta unidad y la red de bancos de sangre está a cargo de microbiólogos. Hasta 1997 el funcionamiento de los bancos de sangre no ha estado sujeto a normas y procedimientos establecidos para llevar a cabo el trabajo técnico. La garantía de calidad consiste específicamente en pruebas de tamizaje.

Servicios especializados. La Secretaría de Salud Pública presta servicios odontológicos en 34 consultorios localizados en recintos escolares y 84 centros de salud y hospitales. Existen cuatro centros de alta productividad. Los servicios son básicamente curativos y en su gran mayoría exodoncias. La relación de 1,68 odontólogos por 10.000 habitantes es insuficiente para cubrir las necesidades de tratamiento odontológico de la población hondureña.

Se cuenta con dos hospitales nacionales psiquiátricos ubicados en Tegucigalpa. En San Pedro Sula hay una clínica de atención psiquiátrica que envía a los pacientes a cualquiera de los dos hospitales de Tegucigalpa. Se dispone de dos a tres camas psiquiátricas en cada hospital general.

Existen dos hogares para ancianos, financiados por aportaciones voluntarias, que ofrecen servicios básicos de internamiento.

Insumos para la salud

Los medicamentos importados tienen un gravamen de 1%, para la importación de materias primas para producir

medicamentos es de 5%, y el correspondiente a los productos relacionados con la producción farmacéutica (accesorios, frascos, tapones, cajas de cartón), es de 1%.

La oferta total de medicamento en el mercado farmacéutico hondureño durante el período 1992–1995 aumentó 26%. Los medicamentos importados constituyen un alto porcentaje del mercado farmacéutico nacional (54,8% en 1990 y 60,7% en 1994), y representan 23% del total de las importaciones de Honduras en el período 1993–1995; su valor ha pasado de US\$ 24 millones en 1990 a US\$ 40 millones en 1996.

La oferta de medicamentos del sector público (Secretaría de Salud Pública e IHSS), en relación con la oferta total del mercado, fue de 27,2% en 1993 y de 29,0% en 1994. La Secretaría de Salud Pública contribuyó con 19,2% del total de la oferta de medicamentos en la red de servicios en 1993 y 24,8% en 1994, lo que indica indirectamente que el acceso a los medicamentos es bajo. El IHSS contribuyó con una oferta de medicamentos de 8,0% en 1993 y 4,2% en 1994.

Los insumos para el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) son adquiridos por medio de la Organización Panamericana de la Salud. En 1996 se gastaron US\$ 1.328.976,08 en biológicos y en 1997, US\$ 1.292.976,08.

Recursos humanos

Existencia por tipo de recurso. Con relación a los recursos humanos de los sectores público y privado, hay una tasa promedio de 6,5 médicos por 10.000 habitantes (33% en el sector público); 2,4 enfermeros profesionales (48% en el sector público); 8,4 enfermeros auxiliares (87% en el sector público), y 0,2 odontólogos (18% en el sector público). Esta situación es más crítica para algunas categorías de personal técnico y auxiliar porque, en el país, solo se imparte formación en cuatro áreas técnicas (rayos X, laboratorio, anestesia y registros médicos) y el personal auxiliar de enfermería es escaso o nulo en las áreas de higiene dental, nutrición y mantenimiento de equipos.

Existe una insuficiencia cuantitativa de recursos humanos en el sector público para la mayoría de las profesiones, lo cual limita la respuesta oportuna a la demanda de servicios. A esto se agrega la desigual distribución geográfica de los recursos, ya que en algunas comunidades del país no existen plazas laborales y en otras, por lo general las de mayor inaccesibilidad, las plazas están vacantes.

Formación del personal de salud. La formación de profesionales del sector salud está a cargo de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). En el período 1992–1996 se graduaron, en promedio, 272 médicos por año, 19 enfermeros y 41 odontólogos. La formación de auxiliares y técnicos medios está a cargo de los establecimientos educativos que dependen de la División de Recursos Humanos de la

Secretaría de Salud Pública. A partir de 1990 se forman nuevas categorías de personal de salud: técnico de salud ambiental, bachiller en salud, maestro en salud pública y enfermera especialista en salud materno-perinatal. La escuela de periodismo de la UNAH lleva a cabo una investigación para determinar la necesidad de crear un diplomado de periodismo en salud.

Educación permanente del personal de salud y mercado de trabajo. El sector público, incluido el IHSS, emplea 69% del personal de salud. Funcionan grupos de educación permanente adscritos a las nueve regiones sanitarias, que abordan diversos temas tales como los relacionados con el proceso de acceso a los servicios, la salud maternoinfantil, la sexualidad y el sida.

Investigación y tecnología en salud

En la actualidad no se cuenta con un inventario de todos los estudios que se realizan en el área de salud. La investigación aplicada a salud está poco desarrollada debido a la escasez de recursos humanos preparados en técnicas de investigación, el reducido financiamiento y, sobre todo, la inexistencia de una política nacional de investigación en materia de salud. La mayoría de las actividades que se realizan en este campo están a cargo de la universidad, pero también participan la Secretaría de Salud Pública, el IHSS, el Centro de Estudios y Control de Contaminantes, la Secretaría del Ambiente, las alcaldías municipales, organizaciones no gubernamentales e investigadores independientes.

La mayoría de los recursos destinados a la investigación provienen de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), la OPS/OMS, el Banco Mundial, y los Gobiernos del Reino Unido y de Suecia.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto en salud, como proporción del PIB, aumentó de 2,7% en 1990 a 3,0% en 1995, relación que, sin embargo, continúa siendo baja. Respecto al gasto público total, el gasto en salud muestra un comportamiento irregular: de 8,1% en 1990 descendió a 6% en 1993 para ascender a 9,2% en 1995, indicando la vulnerabilidad del sector frente a la situación de restricción fiscal vivida en ese período. Igual fluctuación se observa en el gasto en salud como porcentaje del gasto del gobierno central (que pasó de 10,4% en 1990 a 9,0% en 1993, para ascender a 13,4% en 1995), y como parte del gasto social real (34,1% en 1990, 30,4% en 1993 y 38,4% en 1995).

A pesar de estas variaciones, que sin duda impactaron en la oferta de servicios en los años de mayor contracción, el gasto en salud por habitante aumentó de US\$ 18,9 en 1990 a

US\$ 21,5 en 1995. Los gastos corrientes descendieron de 70,9% en 1990 a 61,4% en 1995, y el mayor descenso correspondió al rubro de remuneraciones (40,5% en 1990 y 31,0% en 1995), lo que se traduce en una disminución de 9,5% en el período, que sin duda ha incidido sobre la oferta, disponibilidad y calidad de los servicios de salud pública.

Si bien el rubro de compra de bienes y servicios del presupuesto de salud aumentó 20%, la inflación (29,5% en 1995), que provocó la devaluación del lempira frente al dólar, ha tenido un fuerte impacto en la adquisición de suministros, medicamentos y materiales médico-quirúrgicos, con consecuencias negativas sobre la oferta y calidad de los servicios.

Los gastos de capital muestran un incremento sustantivo: de US\$ 26,0 millones en 1990 a US\$ 41,2 millones en 1995, es decir, un aumento en el período de 58%, a una tasa promedio de crecimiento anual de 9,6%; además, representaron 29,1% de los gastos de salud en 1990 y 38,6% en 1995.

En cuanto a la distribución del gasto por programas, aunque los de la Secretaría de Salud Pública continúan concentrándose en la prestación de servicios hospitalarios, esta proporción ha disminuido de 40,1% en 1990 a 28,5% en 1995. Por su parte, la participación del gasto del programa de control de

enfermedades transmisibles aumentó de 18,9% en 1990 a 22,4% en 1995. También aumentó la participación del gasto en el programa de estudio y construcción de establecimientos de salud, que pasó de US\$ 4,58 millones en 1990 a US\$ 10,9 millones en 1995. Este aumento se refleja en la mayor cantidad de establecimientos y en la mejora de la infraestructura existente.

Cooperación técnica y financiera externa

Del total de los recursos disponibles para el sector salud durante el período 1990–1995, 78% fueron fondos nacionales y 22%, externos canalizados a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. La cooperación bilateral representa 53,3% de la cooperación internacional para la salud, y Estados Unidos es el donante más importante (45,2%); sin embargo, desde 1990 la ayuda de este país ha disminuido, siendo reemplazado por organismos del sistema de Naciones Unidas e instituciones financieras como el BID y el Banco Mundial. En 1992, los tres mayores donantes bilaterales fueron los Estados Unidos (US\$ 38,4 millones), Italia (US\$ 37,4 millones) y el Japón (US\$ 19,4 millones).

ISLAS CAIMÁN

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Las Islas Caimán son una dependencia británica formada por tres islas: Gran Caimán, Caimán Brac y Pequeño Caimán. Están en la región occidental del mar Caribe, a unos 240 km al sur de Cuba y a 290 km al oeste de Jamaica, y tienen una superficie de alrededor de 250 km². Georgetown, la capital, está en Gran Caimán, la isla más grande y más poblada. En general, las islas tienen poca elevación, excepto por el gran farallón de piedra caliza de Caimán Brac. Caimán Brac y Pequeño Caimán están a unos 145 km al nordeste de Gran Caimán. A fines de 1995 se calculaba que la población de las Islas Caimán llegaba a 33.600 habitantes, cifra que representa un aumento de 5% respecto del año anterior.

El gobierno territorial está encabezado por el Gobernador, que representa a la Reina y preside el Consejo Ejecutivo. La Asamblea Legislativa, cuyos integrantes son elegidos, nombra a los ministros del Consejo Ejecutivo. Con la enmienda constitucional de 1993 se creó el Ministerio de Salud, Prevención del Abuso de Drogas y Rehabilitación. Los ministros delegan la ejecución de políticas y la administración de los departamentos a secretarías permanentes.

Las Islas Caimán se caracterizan por la estabilidad política y una economía fuerte. El tipo de cambio permaneció constante en los últimos 20 años, en CI\$ 0,80 por US\$ 1,00. El producto interno bruto (PIB) prácticamente se duplicó de 1988 a 1994, año en que se calcula que llegó a los US\$ 906 millones. El PIB per cápita se situaba en los US\$ 28.900. Los ingresos se duplicaron en el plazo de siete años: ascendían a US\$ 101,2 millones en 1988, a US\$ 130,4 millones en 1991 y a US\$ 181 millones en 1995. En 1995, el crecimiento económico general llegó a 5%, y tanto la inflación como el desempleo fueron los más bajos de la historia. La inflación se mantuvo en 5% anual en promedio en los últimos años, pero bajó a 2,3% en 1995. La tasa promedio de desempleo en el período 1992–1995 fue

de 6,1%, y en 1995 fue de 4%, la más baja desde el censo de 1989. La fuerza laboral consistía en unos 16.830 trabajadores en 1994, de los cuales 6.821 (40,5%) eran extranjeros con permiso de trabajo. El crecimiento de la economía fue estimulado principalmente por el éxito del sector financiero y el turismo, los dos sectores principales de la economía. En el sector financiero, los fondos de inversión presentaron un crecimiento notable. En el sector del turismo, en 1995 el país recibió a más de un millón de visitantes.

El gasto público anual recurrente prácticamente se cuadruplicó durante la última década. En 1986 fue de US\$ 58,9 millones y en 1995 llegó a los US\$ 211,9 millones. En 1995 se asignó 10,7% del presupuesto a educación, 9,6% a salud, 9,6% a turismo y 3,6% a servicios sociales.

Población

La población estimada de las Islas Caimán a mediados y a fin de 1995 era de 32.500 y 33.600 habitantes, respectivamente. Según el censo de 1989, 22,7% de la población era menor de 15 años y 6,3% de 65 años y mayor. En una encuesta de 1993, estas cifras se situaron en 24,9% y 8,6%, respectivamente. La razón de dependencia era de 33,5 en 1993.

El promedio de la tasa bruta anual de natalidad ha permanecido prácticamente constante durante la última década, en 17,6 por 1.000 habitantes; la tasa más baja fue de 14,9 en 1995. El promedio de la tasa anual de mortalidad durante ese período fue de 4,7 por 1.000 habitantes; la tasa más baja fue 3,4, también en 1995. El promedio de la tasa de crecimiento anual fue de 4,6%, con un mínimo de 2,1% y un máximo de 6,7%. En 1994, 63% de la población era oriunda de las Islas Caimán, cifra que representa una disminución respecto del 69% alcanzado en 1988. Eso se atribuye al rápido aumento de los extranjeros con permiso de trabajo y los familiares a su cargo (10.017 en 1995) que vivían en las Islas Caimán.

En 1992 hubo 520 nacimientos, 531 en 1994 y 485 en 1995. Hubo un pequeño aumento de los hijos nacidos vivos de madres de 35 años y más (9,5% en el período 1988–1991 y 10,7% en el período 1992–1995). Durante estos períodos no se registraron nacimientos de hijos vivos de madres mayores de 45 años. Se ha observado un leve aumento del porcentaje de madres solteras (37,8% en el período 1988–1991 y 39,3% en el período 1992–1995).

Según fuentes nacionales, la esperanza de vida al nacer en 1989 era de 77,1 años. Los cálculos para 1995 colocan esta cifra en 77,5 años (75,0 años para los hombres y 79,0 años para las mujeres). La edad promedio en el momento de la muerte en 1994 y 1995 para ambos sexos era 71 años (66 años para los hombres y 76 años para las mujeres).

La escolaridad es gratuita y obligatoria para todos los niños de 5 a 16 años. Todos los escolares reciben atención médica gratuita. La tasa de alfabetización de los adultos es de 98%, aproximadamente.

Mortalidad

El registro de defunciones de las Islas Caimán es completo. En la medida de lo posible, los datos sobre mortalidad que se presentan en este informe no incluyen muertes de visitantes (alrededor del 10% del total de las defunciones) para evitar sesgos. No se dispone de datos sobre residentes que mueren en el extranjero. Como las comparaciones pueden ser engañosas debido al tamaño pequeño de la población, se agruparon los datos para los períodos 1988–1991 y 1992–1995.

Las defunciones de residentes se sitúan en un promedio de 100 por año. Durante el período 1992–1995 se produjeron 469 defunciones, en comparación con 460 en el período 1988–1991 (los datos de 1991 incluyen la muerte de 14 visitantes). El promedio de la tasa bruta anual de mortalidad para el período 1988–1991 fue de 4,6 por 1.000 habitantes y 4,3 durante el período 1992–1995. El número de muertes infantiles se situó entre 2 y 7 por año durante el período 1988–1995. El promedio de la tasa de mortalidad infantil durante el período 1989–1991 fue de 8,8 por 1.000 nacidos vivos y 8,6 por 1.000 en el período 1992–1995. La tasa de mortalidad neonatal fue de 7,3 por 1.000 nacidos vivos durante el período 1992–1995 y 7,7 durante el período 1988–1991. El promedio de la tasa de mortalidad prenatal fue de 12,0 por 1.000 nacidos vivos durante el período 1988–1991, en comparación con 4,3 por 1.000 nacimientos en el período 1992–1995. Hubo una sola muerte materna entre 1984 y 1995.

Los síntomas y estados morbosos mal definidos representaron 1,5% de las muertes durante el período 1988–1991, mientras que 3,2% de las muertes registradas se debieron a estados morbosos mal definidos durante el período 1992–1995. Las principales causas de mortalidad en el pe-

riodo 1988–1991 fueron las enfermedades del aparato circulatorio (39,5% o 179 muertes), los tumores malignos (22,3% o 101 muertes) y las causas externas (alrededor de 11% o 50 muertes). Durante el período 1992–1995, las enfermedades del aparato circulatorio representaron 41,9% del total de las defunciones, seguidas por los tumores malignos (20,9%). Durante el mismo período, las causas externas representaron 7,9% de las defunciones. La disminución en esta categoría se atribuye a la disminución reciente de las muertes debidas a accidentes de vehículos de motor.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Como las Islas Caimán son territorios pequeños con características demográficas y socioeconómicas similares, no hay grandes diferencias en los problemas de salud según la ubicación geográfica. Para describir problemas de salud específicos de las Islas Caimán se usaron los datos de mortalidad para el período 1992–1995, los datos de altas del Hospital de Georgetown para 1995 y datos de registros de enfermedades de notificación obligatoria. Los datos del Hospital de Georgetown, que atiende a 95% de la población, indicaron un total de 3.417 altas en 1995 (105 por 1.000 habitantes). Las principales causas de hospitalización fueron las enfermedades del aparato digestivo (404 casos, o sea 11,8%), las enfermedades del aparato genitourinario (336 casos o 9,9%), los traumatismos (305 casos, o sea 8,9%), las enfermedades del aparato respiratorio (265 o 7,8%) y las enfermedades del aparato cardiovascular (254 casos o 7,4%); 421 hospitalizaciones (12,3%) correspondieron a partos normales.

Análisis por grupos de población

La salud del niño

El número de defunciones infantiles se situó entre 1 y 7 por año durante los últimos 10 años, con un mínimo de 2,8 muertes por 1.000 nacidos vivos y un máximo de 14,0 por 1.000. El promedio anual de la tasa de mortalidad infantil durante el período 1991–1995 fue de 8,7; casi 85% de las muertes infantiles fueron muertes neonatales. De las 18 muertes infantiles ocurridas durante el período 1991–1995, nueve fueron atribuidas a nacimiento prematuro y cuatro a cardiopatías congénitas. El síndrome de hipoplasia de la cavidad izquierda del corazón causó tres muertes infantiles durante este período. Quince muertes infantiles correspondieron a niñas (83%), de las cuales nueve se debieron al nacimiento prematuro. La tasa de mortalidad fetal disminuyó de 12,0 por 1.000 nacidos vivos en el período 1988–1991 a 4,3 por 1.000 nacidos vivos en el período 1992–1995. En 1990 y 1991, 11,2% de los lac-

tantes presentaban peso bajo al nacer. Esta cifra disminuyó a 4,5% en 1995; el promedio durante el período 1992–1995 fue de 6,4%.

En 1995, 86 internaciones en el Hospital de Georgetown fueron de menores de 1 año (sin contar los 421 niños que nacieron vivos y sanos), lo cual representa una tasa de hospitalización de 156 por 1.000 niños menores de 1 año. Esta tasa se sitúa en segundo lugar entre las tasas por edades después del grupo de 65 años y más. Las principales causas de hospitalización en este grupo fueron las enfermedades del aparato respiratorio (27 casos) y del aparato digestivo (19 casos). Hubo nueve casos de bronquitis (10,5%), ocho de gastroenteritis (9,3%) y seis de asma (6,8%).

No se produjeron defunciones de niños de 1 a 4 años durante el período 1992–1995. En el período 1988–1991 se produjeron tres muertes: dos por ahogamiento accidental y una por envenenamiento accidental. En el Hospital de Georgetown fueron internados 259 niños de esta edad, cifra que representa una tasa de 106 por 1.000 habitantes. Las principales causas específicas de hospitalización fueron la gastroenteritis (31 casos), el asma (28 casos) y las convulsiones (17 casos), que representan 11,4%, 10,2% y 6,2%, respectivamente, de todas las hospitalizaciones del grupo de esta edad.

En el grupo de 5 a 9 años se produjo una muerte por accidente de tráfico en el período 1992–1995. En 1995 fueron hospitalizados 112 niños de esta edad, con una tasa de 52 por 1.000 habitantes. Las causas más comunes de hospitalización fueron las enfermedades del aparato respiratorio (26 casos) y del aparato digestivo (25 casos), que representaron una tasa de 12 por 1.000.

La salud del adolescente

Durante la década pasada se registraron entre 1 y 2 nacidos vivos de mujeres menores de 15 años, lo cual representa una tasa de 2,2 por 1.000 nacidos vivos durante el período 1988–1991 y de 2,5 en el período 1992–1994. No se registraron nacimientos en este grupo entre 1991 y 1992. En el período 1992–1995 se produjo una muerte por el síndrome de Sanfilippo en el grupo de 10 a 14 años de edad. En 1995, 68 niños de este grupo fueron hospitalizados, o sea 35 por 1.000 habitantes. Las causas principales de hospitalización fueron los traumatismos (19 casos o 28%), las enfermedades del aparato respiratorio (10 casos o 15%) y las enfermedades del aparato digestivo (10 casos o 15%).

Durante el período 1992–1994, 12,9% de los nacimientos (204 de 1.578) correspondieron a madres de 15 a 19 años, en comparación con 17,5% durante el período 1988–1991. De 1992 a 1995 se produjeron tres muertes en el grupo de 15 a 19 años, dos por accidentes de vehículos de motor y uno por homicidio. En 1995 hubo un total de 155 hospitalizaciones, con

una tasa de 82 por 1.000 habitantes en este grupo. Las mujeres representaron 121 hospitalizaciones (78%). Las causas más comunes de hospitalización de las mujeres fueron el parto normal (40 hospitalizaciones o 33%), las causas obstétricas (22 casos o 18,2%), las enfermedades genitourinarias (9 casos o 7,4%) y las enfermedades del aparato digestivo (10 casos, o sea 8,3%). En 1995 fueron hospitalizados 34 hombres de esta edad: 11 por traumatismos (32,4%) y 7 por enfermedades del aparato digestivo (20,6%). De las 244 personas que acudieron para recibir orientación sobre el uso de drogas, 21% tenían menos de 19 años.

La salud del adulto

La tasa total de fecundidad bajó de 381 en 1990 a 335 en 1994. Entre 1986 y 1995 no nacieron hijos de madres mayores de 50 años. Entre 1992 y 1994, 89% de los nacidos vivos tenían madres de 20 a 44 años, en comparación con 79% en el período 1988–1991. En 1995, 98,8% de las embarazadas fueron atendidas durante el período prenatal por personal capacitado, y todos los partos fueron atendidos por personal capacitado. El promedio de consultas prenatales por embarazo fue de 11,8. Una encuesta reveló que 27% de las madres estaban amamantando exclusivamente a los cuatro meses y 12% estaban amamantando exclusivamente a los seis meses; 49% de los niños se alimentaban parcialmente de leche materna a los seis meses.

Hubo 96 muertes en el grupo de 25 a 64 años (25% del total de las defunciones) en el período 1992–1995. Las causas más comunes de defunción fueron las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores malignos. En 1995, 61,3% (1.801 de 2.936) de las hospitalizaciones correspondieron al grupo de 20 a 64 años, con una tasa de 84 por 1.000 habitantes; 70% (1.258) eran mujeres. Las causas principales de hospitalización de las mujeres fueron el parto normal (208 hospitalizaciones o 16,5%), las causas obstétricas (214 casos o 17%), las enfermedades genitourinarias (151 casos o 12,0%) y las enfermedades del aparato digestivo (109 casos, o sea 8,7%). Entre los hombres, las causas principales de hospitalización fueron los traumatismos (117 casos o 21,5%), las enfermedades del aparato digestivo (91 casos o 16,8%), las enfermedades del aparato circulatorio (56 casos o 10,3%) y los trastornos mentales (49 casos o 9%).

La salud del adulto mayor

Se calcula que, en 1993, 6,6% de la población tenía 65 años y más, lo cual representa un leve aumento en comparación con 1989, año en que la población de esa edad ascendía a 6,3%. Una encuesta reciente reveló que 29% de los ancianos

están empleados. Alrededor de 36% dijeron que no tenían ningún temor o problema con respecto al envejecimiento, mientras que 32% estaban preocupados por su salud. El Departamento de Servicios Sociales ayuda a los necesitados y el Gobierno ofrece atención médica gratuita a los ancianos que no pueden pagar el tratamiento.

Durante el período 1992–1995, 345 de todas las defunciones (73,5%) correspondieron a personas de esta edad. Las causas más comunes fueron las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores malignos. En 1995, 455 (15,5%) de las hospitalizaciones fueron de personas de 65 años y más, lo cual constituye la tasa más alta según la edad (212 hospitalizaciones por 1.000 habitantes). Las mujeres representaron el 57% de las hospitalizaciones de personas de esta edad. Las causas principales de hospitalización de las mujeres fueron las enfermedades del aparato circulatorio (68 casos o 26%), las enfermedades del aparato digestivo (33 casos o 13%), las enfermedades del sistema osteomuscular (23 casos o 9%) y los trastornos endocrinos y metabólicos (18 casos o 7%). Entre los hombres, las causas principales fueron las enfermedades del aparato circulatorio (48 casos o 25%), las enfermedades del aparato digestivo (31 casos o 16%), las enfermedades del aparato respiratorio (19 casos o 10%) y las enfermedades del aparato genitourinario (19 casos o 10%). De las enfermedades del aparato circulatorio, la enfermedad isquémica del corazón representa 40% de las hospitalizaciones de los hombres, seguidas por las enfermedades del sistema pulmonar (27%) y las enfermedades cerebrovasculares (21%).

La salud de la familia

La tasa de matrimonios disminuyó de 10,7 por 1.000 habitantes en 1988 a 7,6 en 1994. La tasa de divorcios bajó de 5,56 por 1.000 en 1991 a 2,20 en 1994. Durante el período 1992–1995, 39,3% de los nacidos vivos tenían madre soltera, en comparación con 37,8% durante el período 1988–1991. En 1995 se puso en marcha un programa para padres y madres jóvenes, a fin de prepararlos para la crianza de los hijos. Todos los partos tuvieron lugar en centros de salud.

La salud de los trabajadores

Todos los empleados del Gobierno reciben atención médica gratuita. Aunque muchas empresas ofrecen seguro médico a sus empleados, con la nueva Ley Nacional de Seguro Médico todos los empleados y sus familiares a cargo podrán tener seguro médico. En muchas organizaciones hay normas en materia de consumo de drogas y tabaco. La escolaridad obligatoria impide el empleo de menores de 16 años.

La salud de los discapacitados

Se dispone de instalaciones de educación especial para niños con deficiencias y discapacidades. Más de 60 niños asistieron a Lighthouse School, que ofrece educación especial para niños discapacitados. No se dispone de datos sobre la ceguera. Se calcula que, en 1992, la prevalencia del retraso mental era de 0,08%.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. Las enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue, la fiebre amarilla y la malaria, no son endémicas en las Islas Caimán. *Aedes aegypti* fue erradicado de las islas hace unos 20 años. La Unidad de Investigaciones y Control de Mosquitos suprime de inmediato las reinfestaciones esporádicas.

Se han producidos entre dos y cuatro casos importados de malaria por año, que llegaron a ocho en 1995, en su mayoría importados de Honduras. En 1995 fueron importados cuatro casos de dengue. Cada vez que se notifican casos de malaria o de otras enfermedades transmitidas por vectores, se notifica a la Unidad de Investigaciones y Control de Mosquitos para que tome las medidas pertinentes.

Enfermedades inmunoprevenibles. No se notificaron casos de poliomielitis, difteria, tos ferina o tétanos durante el período 1986–1995. Los últimos casos de poliomielitis se produjeron en 1957, y hubo un caso de difteria en 1966. Durante el período 1986–1989 se notificaron anualmente entre uno y tres casos de sarampión. En 1990 se notificaron 27 casos. Desde 1991 no se ha producido ningún caso de sarampión. Está en vigencia un plan de vacunación con dos dosis de vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR), y se organizó una campaña nacional para vacunar a los escolares con la segunda dosis de MMR. Se cree que existe un problema de subnotificación de casos de parotiditis. En promedio se notifican de dos a cuatro casos por año; en 1991 se notificaron ocho. Toda la sangre que se usa para transfusiones es sometida a pruebas para detectar el VIH, enfermedades venéreas y la hepatitis B y C.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. La amenaza del cólera en la Región en 1991 y 1992 desencadenó un sistema de alerta en las Islas Caimán para la prevención y el control del cólera. Se han notificado menos de 100 casos de gastroenteritis por año en menores de 5 años, pero esta cifra ha fluctuado considerablemente. Ha habido casos esporádicos de intoxicación por alimentos, especialmente ci-

guatera. La incidencia de ciguatera fluctuó mucho: hubo 10 casos en 1990, 18 en 1993 y 2 en 1995. Se detectaron algunos casos de tricuriasis y ascariasis. La anquilostomiasis y la amebiasis no son endémicas en las Islas Caimán.

Enfermedades crónicas transmisibles. La incidencia de tuberculosis se situó entre cero y tres casos por año en la década pasada, con seis casos durante el período 1988–1991 y ocho en el período 1992–1995. La lepra no es endémica en las Islas Caimán y no se han notificado casos en los últimos 15 años.

Infecciones respiratorias agudas. Durante el período 1988–1991, 29 de 460 defunciones (6,3%) se debieron a infecciones agudas de las vías respiratorias. De estas muertes, 25 (86%) correspondieron a mayores de 75 años. Durante el período 1992–1995, solamente 4% de las defunciones (19 de 469) se debieron a estas enfermedades; 95% (18 de 19) afectaron al grupo de mayores de 75 años. En 1995, 7,8% de las hospitalizaciones se debieron a enfermedades del aparato respiratorio. De 265 hospitalizaciones por estas enfermedades, 108 correspondieron a menores de 5 años, 74 a personas de 20 a 64 años y 39 a mayores de 65 años.

Rabia y otras zoonosis. La rabia y otras zoonosis no son prevalentes en las Islas Caimán.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Aunque posiblemente no se notifiquen todos los casos de infección por el VIH, la subnotificación de casos de sida es escasa o nula. Los primeros casos de sida en las Islas Caimán fueron notificados en 1985. Se detectó un caso por año entre 1985 y 1989 y se notificaron cuatro casos nuevos por año en 1991, 1992 y 1994, pero no se produjeron casos nuevos en 1993 ni en 1995. Estas variaciones en la incidencia se atribuyen al retorno de residentes que vivían en el extranjero después de obtener un resultado positivo en la prueba de detección del VIH. Hasta diciembre de 1995 se habían detectado 19 personas con sida, de las cuales 16 fallecieron. Estas cifras no son compatibles con los datos sobre mortalidad porque algunas muertes se produjeron en el extranjero. A fines de 1995 habían 3 personas vivas con sida y 18 casos conocidos de infección por el VIH. Al principio, la mayoría de las personas infectadas por el VIH eran homosexuales, pero en 1995, 57% (21 de 37) eran heterosexuales. Sesenta por ciento de las personas infectadas por el VIH (22 de 37) tenían de 25 a 34 años; 20 eran hombres (54%). Hubo dos casos de transmisión perinatal del VIH, que representaron 5,4% de todos los casos.

No se llegan a notificar todos los casos de enfermedades de transmisión sexual. Los datos sobre la incidencia de enfermedades gonocócicas muestran una disminución: de 164 casos en 1992 (57 por 10.000 habitantes) a 81 casos en 1995 (25 por

10.000 habitantes). La incidencia de sífilis presenta una tendencia similar: de 249 casos en 1990 (95 por 10.000 habitantes) a 146 casos en 1995 (45 por 10.000 habitantes).

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. El porcentaje de recién nacidos que pesan menos de 2.500 g al nacer disminuyó de 11,2% en 1990 y 1991 a 4,5% en 1995. No se observa una presencia importante de desnutrición proteinoenergética moderada o grave en los niños. La obesidad de los niños y de los adultos está comenzando a causar preocupación, pero no se dispone de datos actualizados sobre su prevalencia. No ha habido ningún caso de trastornos por deficiencia de yodo.

La mayoría de los alimentos se importan de los Estados Unidos de América, de manera que los habitantes de las Islas Caimán se benefician de las medidas de fortificación de los alimentos que se aplican en el país de procedencia. Se administran regularmente suplementos vitamínicos a las embarazadas y a los preescolares. Se está llevando a cabo una campaña de orientación sobre nutrición, y el Ministerio de Agricultura promueve la producción local de alimentos.

Enfermedades cardiovasculares. Durante el período 1992–1995, las enfermedades del aparato cardiovascular causaron 41,9% de las defunciones (190 de 454), con una tasa de mortalidad de 15,4 por 10.000 habitantes. En el período 1988–1991, estas enfermedades representaron el 39,5% de las defunciones (179 de 453), con una tasa de mortalidad de 17,5 por 10.000 habitantes. Son la causa de 39,5% de las defunciones de hombres y de 43,9% de las defunciones de mujeres. La enfermedad isquémica del corazón causó 42,6% de estas muertes, y la enfermedad cerebrovascular, 23,7%. En 1995, 8,5% de las hospitalizaciones (254 de 2.996) estuvieron relacionadas con trastornos de este tipo (55 por 10.000 habitantes). La mayoría de los casos (191, o sea 75%) correspondieron a mayores de 50 años. De las 455 hospitalizaciones de mayores de 65 años, 106 (23,2%) estuvieron relacionadas con enfermedades del aparato circulatorio. Del total de hospitalizaciones, 55,5% (141 de 254) fueron de mujeres. No se dispone de datos sobre la prevalencia de la hipertensión en las Islas Caimán.

Tumores malignos. Durante el período 1988–1991, los tumores malignos causaron 101 muertes, con una tasa de mortalidad de 9,8 por 10.000 habitantes. Esta tasa bajó a 7,7 por 10.000 habitantes en el período 1992–1995. Los tumores malignos fueron la causa de 25% de todas las defunciones entre los hombres y de 16% entre las mujeres. Las neoplasias repre-

sentaron solamente 2,6% de las hospitalizaciones en 1995, probablemente porque gran parte de la atención de estos casos se realizaba en servicios ambulatorios. De las 86 hospitalizaciones relacionadas con tumores, 47 fueron para el tratamiento de tumores malignos y 39 para el de tumores benignos. En el período 1988–1991, los tumores malignos de los órganos digestivos y el peritoneo (excluidos el estómago y el colon) causaron 19 muertes; el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón causó 18 muertes; el cáncer de mama femenina, 16 muertes, y el cáncer de próstata, 10 muertes. Los tumores malignos de tráquea, bronquios o pulmón causaron 18 muertes; el cáncer de mama femenina, 13 defunciones, y el cáncer de próstata, 12 defunciones en el período 1992–1995.

Accidentes y violencia. En 1995 había 17.427 vehículos registrados, casi uno por cada dos personas, cifra que representa un aumento de 23% respecto de 1990. Sin embargo, la tasa de accidentes de tráfico por 1.000 habitantes bajó de 33 en 1990 a 23 en 1995. También hubo una disminución de las muertes en accidentes de tráfico (1,4 por 1.000 vehículos en 1990 y 0,5 en 1995) y de los traumatismos graves (3,7 por 1.000 vehículos en 1990 y 2,9 en 1995). Los accidentes que no involucran vehículos disminuyeron de 61 por 1.000 habitantes en 1990 a 43 en 1995. La incidencia de actos de agresión aumentó a 6,9 por 1.000 habitantes en 1990, en comparación con 4,2 en 1995. Estas tasas mejoraron con las medidas de educación del público adoptadas por los Servicios de Salud y el Departamento de Policía, y con la intensificación de la vigilancia.

En el período de 1988–1991, 11% de las defunciones de residentes se debieron a causas externas, en comparación con 7,9% en el período 1992–1995. Aunque las proporciones de muertes por causas externas en los hombres fueron similares durante los períodos 1988–1991 (14,7%) y 1992–1995 (13,0%), se produjo una disminución más notable, de 7,0% a 3,3%, en las mujeres. En 1995, 10,2% de las hospitalizaciones (305 de 2.996) se debieron a causas externas (traumatismos, intoxicación y quemaduras). Un tercio (102 casos) correspondía a menores de 19 años, y la mitad (154) a personas de 20 a 59 años. Los traumatismos intracraneales e internos fueron la causa de 68 hospitalizaciones (22,3%); 45 de esos casos correspondieron a hombres. La intoxicación y efectos tóxicos fueron la causa de 50 hospitalizaciones, de las cuales 37 casos eran mujeres (74%).

Trastornos del comportamiento. Teniendo en cuenta los datos de pacientes hospitalizados y una encuesta realizada por enfermeras de salud pública de distrito, se calcula que la prevalencia de enfermedades mentales en la población era de 5,5% en 1992. La prevalencia de la esquizofrenia era del 0,61%; de la depresión, 0,17%; y de la enfermedad maniaco-depresiva, 0,19%. Casi todas las personas con esquizofrenia,

depresión y enfermedad maniaco-depresiva han estado en contacto con los Servicios de Salud Mental.

Salud oral. En noviembre de 1995, a petición del Gobierno de las Islas Caimán, la Organización Panamericana de la Salud llevó a cabo la encuesta completa sobre salud oral y enfermedades dentales en el territorio. Fueron examinadas más de 1.000 personas, en una muestra que abarcó aproximadamente 11,6% de los escolares y 7% de los adultos.

Se determinó el grado de salud oral utilizando índices de dientes cariados, perdidos u obturados (CPO-D). La encuesta de 1989 y 1990 reveló una tasa de CPO-D de 4,6 para los niños de 12 años. La tasa de CPO-D en el mismo grupo en 1995 fue de 1,7, lo cual constituye una mejora considerable. Noventa y siete por ciento no presentaban fluorosis; 3% tenían fluorosis dudosa, leve o muy leve. No se observaron casos de fluorosis grave. Poco más de la mitad de las personas encuestadas no necesitaban tratamiento dental, y aproximadamente un tercio necesitaba tratamiento regular pero no urgente. Ocho por ciento tenía caries y necesitaba atención con prontitud. Los lugares donde se necesitaba tratamiento con mayor urgencia eran Caimán Brac y las escuelas públicas de Georgetown. Solamente 3,7% de los niños de 6 y 7 años necesitaban obturaciones, pero la necesidad era mayor en los adultos de edad mediana. Una cantidad relativamente baja de adultos necesitaban coronas. Alrededor de 20% de los niños más pequeños necesitaban selladores. En 1981, 28% de los niños de escuelas primarias, 39% de los de escuelas medias y 46% de los de escuelas secundarias no tenían caries. En 1995 las cifras habían mejorado considerablemente: 66,8% de los niños de 5 años, 60% de los de 12 años y 60% de los de 16 años no tenían caries.

Los resultados de la encuesta infantil son alentadores, pero podrían mejorar en la población adulta, especialmente con respecto a la enfermedad periodontal y la atención preventiva. Con los limitados recursos disponibles, la estrategia consiste en concentrarse en los niños y reforzar las medidas preventivas.

Enfermedades emergentes y reemergentes. Las enfermedades emergentes y reemergentes, como la meningitis meningocócica, las enfermedades causadas por hantavirus y la encefalitis equina venezolana, no son endémicas en las Islas Caimán.

Desastres naturales y accidentes industriales. No hay industrias importantes que usen equipo pesado en las Islas Caimán y no se han producido accidentes importantes en la industria de la construcción. El último desastre natural que amenazó a las Islas Caimán fue el huracán Gilbert en 1988. Hay un Plan de Socorro Médico de Emergencia para huracanes y otros desastres naturales. El Coordinador Nacional de Salud se

cerciora de que se actualice el plan anualmente, se disponga de suministros esenciales y se asigne personal. El Comité Intersectorial supervisa el Plan de Socorro Médico de Emergencia, que forma parte del Plan Nacional para Huracanes.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La política del Gobierno consiste en proporcionar servicios de salud comunitarios con un apoyo avanzado y eficaz a nivel central. En 1993 comenzaron a construirse centros de salud nuevos en todos los distritos, que contarán con centros de salud nuevos en funcionamiento en agosto de 1997. En 1993 se inició la construcción de un hospital de 18 camas en Caimán Brac, y en 1994 se inició la construcción de un hospital de 128 camas en Gran Caimán, obra que concluirá a fines de 1998. El Gobierno reconoce que no es eficaz ni eficiente en función del costo ofrecer atención terciaria en las Islas Caimán, y para estos casos tiene un contrato oficial con el Hospital Bautista de Miami, Florida (Estados Unidos), así como convenios con otras instituciones de Miami y con la Universidad de las Indias Occidentales.

A fin de aliviar la carga del costo creciente de los servicios de salud, en junio de 1997 se promulgó una ley según la cual todos los empleadores tienen la obligación de proporcionar seguro médico a sus empleados y a los familiares a su cargo. El Gobierno reglamentará el seguro médico que ofrezcan compañías privadas.

Plan Estratégico para los Servicios de Salud

Se ha avanzado mucho en la definición de las estrategias para los servicios de salud en las Islas Caimán. En 1994 se creó un comité planificador de 25 integrantes seleccionados de las profesiones de la salud, la población general, organizaciones no gubernamentales y miembros del Parlamento, con la misión de formular el Plan Estratégico para los Servicios de Salud. El Plan consiste en ocho estrategias que abarcan el desarrollo de servicios comunitarios, la participación del personal en las decisiones, la participación de la comunidad en la promoción de la salud, el mantenimiento del apoyo legislativo y la responsabilidad de los departamentos ministeriales, distintos métodos de financiamiento del sistema de salud, la colaboración entre los sectores público y privado en el suministro de servicios de salud, el establecimiento de normas para facilitar la formación del personal de salud y la vigilancia para que la calidad de los centros de salud, el equipo, los suministros, el personal y los procedimientos se ciñan a las normas internacionales.

Organización institucional del sistema de salud

En 1992 se creó la Dirección de Servicios de Salud, que se encarga de supervisar la administración cotidiana de los servicios de salud. En 1994 se convirtió en un departamento del Ministerio de Salud y Servicios Sociales. En marzo de 1994 se creó el Ministerio de Salud, Prevención del Abuso de Drogas y Rehabilitación, que tiene la responsabilidad general de la atención de salud en las Islas Caimán. El Departamento de Servicios de Salud se encarga de todos los servicios de salud proporcionados por el Gobierno, incluidos los servicios de salud pública. La Junta de Profesionales de la Salud otorga licencias e impone medidas disciplinarias a los profesionales de la salud de las Islas Caimán.

El Director de Servicios de Salud depende de la Secretaría Permanente del Ministerio de Salud, Prevención del Abuso de Drogas y Rehabilitación, y cuenta con la colaboración del médico jefe, el funcionario médico, el jefe de enfermería, el odontólogo principal, el contralor de servicios de salud y el gerente de servicios auxiliares y de apoyo.

El sistema de atención primaria de salud provee servicios de atención primaria por medio de los centros de salud de distrito. Cuando se termine de construir el Hospital de Georgetown en 1998, proporcionará atención de urgencia, servicios de especialistas y atención de pacientes hospitalizados. Aunque hay un sistema de envío, se puede acudir directamente a un especialista debido al tamaño pequeño de las Islas Caimán.

Hay dificultades para descentralizar funciones porque los procedimientos financieros y administrativos están controlados por el Gobierno, de modo que se están abordando estos asuntos.

El Gobierno administra el Hospital de Georgetown, de 59 camas, en Gran Caimán, y el Hospital Faith, de 18 camas, en Caimán Brac, los dos únicos donde se efectúan internaciones. En 1995 había 24 médicos en el sector público, entre ellos dos en Caimán Brac. Asimismo, había 24 médicos particulares a tiempo completo, que proporcionaban tratamiento especializado o servicios de salud familiar regularmente. Los médicos particulares usan servicios hospitalarios cuando es necesario.

Legislación sanitaria

No hay leyes específicas que reglamenten la atención o los establecimientos de salud. Sin embargo, hay normas que permiten a los profesionales de la salud usar solamente equipo médico o fármacos aprobados en los Estados Unidos y el Reino Unido. El Departamento de Salud Ambiental vigila el programa de inocuidad de los alimentos y controla las plagas en el marco de la ley de salud pública.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. El Plan Estratégico para los Servicios de Salud, de alcance nacional, faculta a la sociedad para que asuma la responsabilidad del mantenimiento de la salud personal y comunitaria. Reconociendo la importancia de la promoción de la salud como parte de esta estrategia, el Gobierno creó el cargo a tiempo completo de funcionario de promoción de la salud en 1994. Las actividades de promoción de la salud están orientadas a la prevención de enfermedades, modos de vida sanos, conocimientos prácticos sobre la salud, y medio ambiente, que se llevan a cabo con cooperación intersectorial. Se difunden programas de educación pública por radio, televisión y periódicos. La disponibilidad reciente de la televisión por cable ha facilitado la tarea de concienciación sanitaria del público. Las iglesias y empresas son otros conductos para programas de concienciación del público. Se produce y distribuye ampliamente material educativo, se organizan programas de educación pública en torno a actividades especiales tales como el programa de detección del cáncer de colon, se llevan a cabo programas de salud durante el Carnaval de Batabano/Semana de los Piratas y la Semana Nacional de la Confianza, y se realizan actos conmemorativos tales como la "Semana de la Salud", la "Semana para optar por estar libre de drogas", el "Día Mundial Sin Tabaco" y la "Semana de la Lactancia Natural".

Prevención y control de enfermedades. El Gobierno de las Islas Caimán ofrece un programa de vacunación gratuita a todos los niños residentes. Con el correr de los años se ha mantenido una cobertura elevada (superior a 90%) de vacunación contra la poliomielitis, de modo que no se realizan campañas especiales. La vigilancia de la parálisis flácida aguda es completa y eficaz debido al tamaño pequeño de la población. Noventa y ocho por ciento de los niños reciben las vacunas antipoliomielítica y DPT antes de cumplir el primer año de vida.

No se produjeron casos de tétanos neonatal o de adultos en el período 1986–1995. Se ofrece toxoide tetánico a todas las embarazadas que acuden a los centros de salud pública y se calcula que 90% de los niños están protegidos contra el tétanos neonatal en el momento del nacimiento.

No se han notificado casos de sarampión desde 1991. Aunque ha habido fluctuaciones, se ha mantenido una cobertura de vacunación superior a 90%, que a veces se situó entre 95% y 99% durante la década pasada, debido al tamaño pequeño de la población.

Ha habido pocos cambios importantes en la política y las actividades de vacunación en los últimos cinco años. En 1992 se incorporó la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo B

en el plan de vacunación nacional. La vacuna BCG se administraba a los niños de 1 año hasta 1992, año en que pasó a administrarse a las 6 semanas (consulta posnatal). La cobertura con la vacuna BCG ha sido baja porque los padres extranjeros, especialmente de Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido, no quieren que se les dé la vacuna a sus hijos porque su uso no se recomienda en su país de origen. Los grupos de alto riesgo, como el personal de salud, la policía, el personal de las cárceles y los bomberos, reciben la vacuna contra la hepatitis B.

Vigilancia epidemiológica. El Sistema de Información Sanitaria cuenta con un sistema de alerta anticipada para detectar enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública. El laboratorio del hospital sirve de laboratorio de salud pública y está equipado para diagnosticar enfermedades infecciosas comunes. Para los diagnósticos especializados se usa un sistema de envío al extranjero. Se dispone de personal competente para investigar enfermedades raras.

Servicios de salud ambiental. El desarrollo de las Islas Caimán ha avanzado a un ritmo acelerado en los últimos 20 años, con los efectos concomitantes en el medio ambiente. El crecimiento de la población urbana y suburbana ha superado los servicios que la infraestructura puede proporcionar cómodamente. Los resultados son un mayor tráfico, con la consiguiente contaminación del aire, mayor demanda de agua potable, y de tratamiento y eliminación de aguas servidas, contaminación del agua subterránea (que ahora no es apta para consumo humano en la mayoría de las zonas urbanas) y aumento de la contaminación por ruido.

En 1996 se creó el Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Agricultura, Medio Ambiente, Comunicaciones y Obras Públicas. Una de las prioridades del nuevo departamento es redactar leyes, normas y pautas en materia de salud ambiental. El Departamento de Salud Ambiental se encarga de la vigilancia de la calidad del agua, la inspección de la carne y los alimentos, la vigilancia de los establecimientos donde se manipulan alimentos, la supervisión del manejo de desechos sólidos y el examen de planes de construcción.

Se deben cumplir ciertos requisitos para otorgar licencias a vendedores de alimentos. Estas licencias se renuevan anualmente. Los alimentos son inspeccionados en el puerto de entrada y el inspector puede rechazarlos debido a condiciones inadecuadas de almacenamiento o manipulación, mal aspecto o control deficiente de la temperatura. Los inspectores están capacitados para realizar evaluaciones por el sistema de análisis de peligros en puntos críticos de control.

En Gran Caimán hay dos sistemas de tuberías para la distribución de agua potable desalinizada que abastecen a 70% de la población de la isla y a los principales hoteles. Además de estos sistemas, generalmente se recoge agua de lluvia en techos y

cisternas o se bombea agua de fuentes subterráneas para beber y para uso doméstico. Se usan camiones cisterna particulares para transportar agua de la Dirección de Obras Hídricas a fin de complementar las fuentes individuales de agua de lluvia y subterránea. Se prevé que, dentro de los próximos tres a cinco años, toda la población tendrá acceso a las tuberías de agua.

La calidad del agua potable se vigila regularmente en las Islas Caimán, especialmente en las fuentes de agua para uso público, las instalaciones públicas, las guarderías, los hogares para jubilados, las escuelas, los centros de salud, los restaurantes y los establecimientos para turistas.

Los desechos sólidos se recogen como mínimo tres veces por semana en Gran Caimán. Hay rellenos sanitarios para desechos sólidos en las tres islas. Estos rellenos sanitarios administrados por el Gobierno son los únicos lugares donde se pueden verter desechos legalmente en las Islas Caimán. En 1995 se logró reducir en 10% los desechos sólidos procesados en los vertederos, como consecuencia de la introducción de varias estrategias de reciclaje. El cartón, el aluminio y las baterías de automóviles son los principales artículos reciclables que se exportan a mercados apropiados. Hay un gran potencial para el desarrollo de estos programas de reciclaje, entre otros, que serán objeto de una promoción creciente.

Una planta central de tratamiento de aguas residuales atiende a la principal zona turística de Georgetown. El tratamiento y la eliminación del resto de las aguas servidas se realiza en cada lugar, mediante cámaras sépticas con inyección de pozos a gran profundidad o campos de absorción. Los grandes edificios de apartamentos, edificios de oficinas y hoteles situados fuera de la zona de alcantarillado público tienen plantas de tratamiento privadas. El 99,5% de la población dispone de instalaciones adecuadas para la eliminación de excretas.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

El Gobierno administra el Hospital de Georgetown, de 59 camas, con 7 camas de enfermería en el pabellón de maternidad y una unidad de atención prolongada, con 7 camas, en Pines Retirement Home, que está en Gran Caimán. En Caimán Brac está el Hospital Faith, de 18 camas. También se proporciona atención primaria de salud por medio de cuatro centros de salud de distrito en Gran Caimán.

Se dispone de servicios locales de especialistas en los campos de cirugía, ginecología, obstetricia, pediatría, medicina interna, anestesiología, salud pública, ortopedia, oftalmología, otorrinolaringología y periodontología. Hay especialistas visitantes que proporcionan servicios de dermatología, cirugía estética, cirugía maxilofacial y urología. El cirujano del

Hospital Faith (Caimán Brac) trabaja cada dos semanas en un consultorio ambulatorio de urología en Gran Caimán. El Hospital Bautista de Miami (Estados Unidos) ofrece atención terciaria. Un equipo visitante de cirujanos ortopédicos del Canadá atiende en el Centro Médico de Caimán y ha prestado servicios en el Hospital de Georgetown. Se dispone de atención odontológica por medio de tres odontólogos del Gobierno y, en el sector privado, seis dentistas, dos ortodoncistas, un residente y un periodoncista visitante. Se dispone de servicios de cirugía oral una vez por semana, a cargo de un odontólogo consultor visitante. En 1995 el servicio ambulatorio tenía 18 empleados, entre ellos 3 paramédicos. Las llamadas de urgencia y de casos que no eran de urgencia ascendieron a 1.508 y 743, respectivamente, lo cual representa un aumento de 14% respecto de 1994.

En 1995, las internaciones en el Hospital de Georgetown llegaron a 3.622, lo cual representa un aumento de 2% respecto a 1994. Las consultas en el servicio ambulatorio y el servicio de emergencia aumentaron 4,3%, llegando a 48.265 en 1995. En el Hospital Faith se registraron 391 admisiones y 6.645 consultas ambulatorias. Los centros de salud de distrito recibieron 33.115 consultas, cifra que representa un aumento de 8,9% en comparación con el año anterior. El personal de enfermería de salud pública realizó 8.163 visitas a domicilio en 1995, lo cual representa un aumento de 2% respecto de 1994. En el Hospital hay una cámara de descompresión para casos de urgencia relacionados con el buceo, que funciona con un grupo de voluntarios. En 1995 se administraron 84 tratamientos a 43 pacientes.

Se ofrecen servicios de salud mental comunitarios e integrales. Los servicios se proporcionan por medio de visitas a domicilio, en las cárceles, en guarderías, en centros geriátricos y en centros de salud de distrito. El personal está integrado por un psiquiatra, un asistente social especializado en psiquiatría y dos enfermeras especializadas en salud mental comunitaria.

Los centros de salud de Gran Caimán están en West Bay, Bodden Town, East End y North Side. Los centros de salud de distrito ofrecen servicios preventivos y curativos y funcionan como una extensión del departamento ambulatorio del hospital y el servicio de salud pública. Con pocas excepciones, los centros proporcionan todos los servicios que ofrece el Departamento de Salud Pública en Georgetown. Además del personal a tiempo completo de los centros de salud, el personal visitante incluye médicos, un funcionario de salud pública, un asistente social especializado en psiquiatría, un asistente social, un asistente social especializado en medicina, un nutricionista, un educador sanitario, un técnico de farmacia o farmacéutico, una enfermera especializada en salud mental comunitaria y consejeros de salud. Los servicios que se ofrecen por medio de los centros de salud de distrito incluyen el tratamiento diario a cargo de enfermeras y consultorios mé-

dicos en días determinados para medicina general, psiquiatría, asesoramiento sobre nutrición, bienestar del niño, educación para la salud y orientación sobre las drogas.

Los servicios de salud pública de Caimán Brac y Pequeño Caimán están a cargo de una enfermera de salud pública. Todos los servicios que se ofrecen en Gran Caimán están disponibles en estas dos islas, pero en menor escala. El Servicio de Salud de Caimán Brac atiende a unos pocos residentes de las Islas Caimán.

Insumos para la salud

No se producen medicamentos, vacunas, reactivos o equipos localmente, sino que se importan de compañías aprobadas, principalmente de los Estados Unidos. Las vacunas se obtienen por medio del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización de la Organización Panamericana de la Salud.

En los centros de salud pública se dispone de todos los medicamentos esenciales. No hay "instalaciones remotas" en un país del tamaño de las Islas Caimán, sino que la sección apropiada del Departamento de Servicio de Salud solicita los medicamentos del formulario, tanto esenciales como no esenciales, del depósito farmacéutico central. El formulario contiene todos los medicamentos considerados esenciales según las pautas de la OMS, además de otros fármacos.

La medida primaria para garantizar el acceso de todos a los medicamentos esenciales es la conversión de consultorios de distrito en centros de salud. El aumento considerable del tamaño y la mejora de la calidad de las instalaciones, así como el horario extenso de atención, han redundado en importantes beneficios para los pacientes que viven en los distritos. La adición de farmacéuticos al personal de los centros de salud en 1997 mejorará el nivel de los servicios farmacéuticos disponibles en los distritos, conduciendo a una mejor utilización de los medicamentos esenciales y de otros tipos. Actualmente no hay problemas de disponibilidad de medicamentos esenciales.

Recursos humanos

La Junta de Profesionales de la Salud se encarga de la inscripción de los profesionales de la salud del sector privado. Los funcionarios del Gobierno se inscriben automáticamente y están supeditados a las Órdenes Generales de la Administración Pública.

Aunque la cantidad de profesionales de la salud aumentó durante la última década, el rápido aumento demográfico llevó a una disminución de la relación entre trabajadores de salud y población. Para todos los profesionales de la salud, la

tasa era 8,4 por 1.000 habitantes en 1988, y bajó a 7,9 en 1995. En 1988 había 4,9 enfermeras por 1.000 habitantes, en comparación con 4,3 en 1995. La razón médicos/población también bajó: de 1,6 por 1.000 en 1988 a 1,4 en 1995. Según los datos de 1995, los recursos humanos para la salud disponibles en las Islas Caimán por 10.000 habitantes son 14,3 médicos, 4,5 parteras, 38,4 enfermeras (sin contar las obstétricas), 3,9 farmacéuticos, 3,6 dentistas y 18,2 proveedores de servicios de salud de otros tipos (incluidos los trabajadores de salud comunitarios).

Alrededor de 95% de los médicos y 70% de los demás profesionales de la salud (enfermeras, farmacéuticos, etc.) son extranjeros contratados. Aunque el Gobierno apoya la capacitación de personas oriundas de las Islas Caimán en las profesiones de la salud, hay escasez de personal.

Investigación y tecnología en salud

No se realizan regularmente investigaciones sanitarias en las Islas Caimán. En el marco de proyectos de cooperación con el Centro Mailman para el Desarrollo Infantil, de Miami, se organizaron investigaciones sobre la localización de genes de la ataxia no progresiva del cerebelo y el síndrome de Usher. En 1995 se realizó una encuesta de salud oral con la ayuda de la OPS. Aunque la población pequeña y las limitaciones de presupuesto y personal del territorio limitan el alcance de las investigaciones, se está tratando de fortalecer este componente.

Gasto y financiamiento sectorial

Debido a la población pequeña de las Islas Caimán, no se pueden describir los gastos por región y grupo social. No se dispone de datos sobre el financiamiento y los gastos en salud del sector privado. Aunque el presupuesto del Gobierno para servicios de salud ha aumentado constantemente en la última década (US\$ 6,8 millones en 1986, US\$ 12,7 millones en 1990 y US\$ 20,2 millones en 1995), los gastos recurrentes como porcentaje del total de los gastos públicos en atención de salud bajaron de 11,5% a 9,5% en el mismo período. El gasto público per cápita en salud fue de US\$ 623 en 1995. No se dispone de datos sobre el total del gasto nacional en salud como porcentaje del PIB y sobre el porcentaje del gasto nacional en salud correspondiente a servicios locales de salud.

Cooperación técnica y financiera externa

La asistencia técnica y financiera de organismos internacionales se limita a la que ofrece la OPS/CAREC en forma de becas y talleres, que representa aproximadamente US\$ 25.000.

ISLAS TURCAS Y CAICOS

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Las Islas Turcas y Caicos constituyen un territorio dependiente de la Corona Británica, situado en el extremo sudeste del archipiélago de las Bahamas. Los dos grupos insulares, las Islas Turcas al este y las Islas Caicos al occidente, tienen una extensión aproximada de 500 km².

En 1976 recibieron su primera Constitución, que les confirió amplia autonomía interna y un sistema de gobierno ministerial; en 1987 se redactó una nueva Constitución. Un Gobernador, en representación del Gobierno del Reino Unido, comparte el Poder Ejecutivo con una Cámara de nueve representantes electos, encabezada por un Primer Ministro. Al igual que el Gabinete de los países independientes del Caribe, el Consejo Ejecutivo es el órgano ejecutivo supremo y está presidido por el Gobernador.

Los ingresos provenientes del turismo fueron muy superiores a los devengados por los sectores de pesca y servicios financieros, que se clasifican después del turismo en la economía actual. Durante el decenio de 1980 y comienzos del de 1990, casi todo el desarrollo turístico ocurrió en Providenciales. La industria pesquera se vio amenazada por la explotación excesiva hasta que el Gobierno instituyó reglamentos sobre la pesca estacional. Si bien los ingresos de exportación han aumentado lentamente, el déficit comercial sigue siendo considerable.

El auge del turismo en Providenciales trajo aparejado un rápido crecimiento demográfico que, a su vez, ha venido acompañado de problemas sociales: los jóvenes atraídos por este trabajo fundamentalmente estacional quedan desocupados y frustrados por prolongados períodos de tiempo. Además, muchos inmigrantes ilegales, sobre todo provenientes de Haití y la República Dominicana, también se han visto atraídos por el auge económico de Providenciales. Ambas tendencias han llevado a una intensificación del comportamiento

antisocial y de otros problemas de conducta manifestados en un aumento del número de accidentes, lesiones intencionales y otros delitos, así como en la duplicación de la población carcelaria entre 1990 y 1996. En un memorando de entendimiento suscrito entre los Gobiernos de Haití y las Islas Turcas y Caicos en 1996 se acuerdan los términos de un programa escalonado de repatriación.

Según el censo de 1990, la población residente total era de 11.465 habitantes; 50,9% de ellos eran hombres. Aproximadamente un tercio de la población era menor de 15 años de edad y otro 5% tenía 65 años y más, lo que da una razón de dependencia de 37,2%. La isla más poblada era Providenciales, centro empresarial del territorio; sus 4.821 residentes representaron 42% del total de la población residente. La sede administrativa del Gobierno está localizada en Gran Turca, isla que ocupa el segundo lugar en importancia, con 32,2% de la población.

La población residente tuvo un crecimiento exponencial entre 1980 y 1990 y superó la cifra prevista de 8.913 habitantes en 28,6%. Un análisis revela que durante ese período, las únicas dos islas habitadas cuyas poblaciones experimentaron un aumento porcentual positivo fueron Providenciales (493%) y Gran Turca (19%). El aumento porcentual de la población de "naturales del país" (ciudadanos por razones de parentesco, nacimiento o nacionalización) fue de solo 16%, en tanto que el de la población extranjera fue de 494%.

Dado el rápido desarrollo de Providenciales, fue necesario hacer estimaciones para obtener cifras reales de población con el fin de calcular las tasas correspondientes a los años posteriores al censo. Lamentablemente, como no se habían recibido del territorio estimaciones posteriores al censo que fueran de aceptación universal, hubo que emplear cifras de fuentes externas como la División de Población de las Naciones Unidas y el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) en Trinidad. Aunque las cifras del CAREC eran algo menores que las estimaciones de las Naciones Unidas, se emplearon para los años posteriores al censo porque este Centro hizo estima-

ciones para diversos grupos de edad y para toda la población. En los años del censo, se empleó la cifra real de empadronamiento de residentes como denominador. Como la población de las Islas Turcas y Caicos es tan pequeña, es preciso interpretar los datos con cautela.

Patrones de fecundidad

Los datos aquí notificados reflejan solamente los nacimientos inscritos en la Oficina Central del Registro Civil del territorio. Se supone que se trata de subestimaciones porque se ha demostrado que el registro de nacimientos está incompleto y porque los residentes suelen viajar habitualmente al exterior en busca de atención de salud, incluso de servicios de obstetricia y ginecología.

Los datos del censo de 1990 mostraron una población de mujeres en edad de procrear (de 16 a 49 años de edad) de 3.050 habitantes, 54,2% del total de la población femenina. Sin embargo, ese porcentaje varió mucho de una isla a otra, de un mínimo de 32,7% en Salt Cay a un máximo de 64,4% en Providenciales. El alto porcentaje de Providenciales refleja el número de inmigrantes a esta isla, que contribuyen significativamente a aumentar la tasa de fecundidad.

Desde los años setenta, la tasa bruta de natalidad en las Islas Turcas y Caicos se redujo de 33,3 por 1.000 habitantes en 1970 a 23,5 en 1980 y a 20,9 en 1990. En 1995 hubo 234 nacimientos registrados, lo que dio una tasa bruta de natalidad de 18,6 por 1.000. Aunque esas tasas de natalidad bien pueden ser subestimaciones, se cree que indican la verdadera tendencia de la natalidad, particularmente entre los "naturales del país".

La tasa de embarazo, en especial entre las adolescentes, ha venido aumentando. El embarazo de adolescentes acarrea riesgos potenciales para la salud de la madre y del niño y muchos de esos niños quedan bajo la tutela del Estado o se convierten en una carga más para la comunidad. El número de abortos también ha aumentado. Los datos de hospitalización correspondientes a 1996 muestran que el aborto es una de las principales causas de ingreso y que en ese año representó 5,9% del total. Por el estigma social y el secreto que rodea al aborto, es casi seguro que esas cifras son subestimaciones; además, muchas mujeres abortan en el exterior para mantener la confidencialidad.

Los cálculos de la distribución por edad de las mujeres embarazadas se obtienen de registros de mujeres que buscan atención en los dispensarios comunitarios de salud en Providenciales y Gran Turca. En 1996 hubo 116 nacimientos en Providenciales y 86 en Gran Turca. Cinco de los nacimientos ocurridos en Providenciales (4,3%) correspondieron a madres adolescentes de 15 a 19 años y 7 (6%) a madres mayores de 35 años, dos grupos de edad expuestos a un mayor riesgo de complicaciones.

Los datos disponibles muestran también un mayor número de mujeres embarazadas de otras nacionalidades: 97 de los 116 nacimientos ocurridos en Providenciales en 1996 correspondieron a mujeres de otras nacionalidades y 93 (80,2%) solo a ciudadanas haitianas. En Gran Turca, el porcentaje no fue tan alto (52,3%), pero sí lo suficientemente elevado como para causar preocupación. Se prevé que continuará esta tendencia por haberse observado no solo en las mujeres que dieron a luz sino, también, en las que recibieron atención prenatal. En Providenciales hubo 23 nuevas usuarias de servicios de atención prenatal, 59,4% de las cuales (168) eran haitianas y otro 9,1% de otras nacionalidades.

Los servicios prenatales solían ofrecerse gratis o a un costo mínimo. Para compensar la carga que ello representaba para el presupuesto de salud, los funcionarios del Ministerio de Salud modificaron el plan de pago de servicios de atención prenatal y obstétrica. Puede ser que este cambio ya haya reducido la demanda, pero queda por verse su efecto general en la salud de las mujeres embarazadas y de los lactantes.

Mortalidad

La codificación de las causas de mortalidad en las Islas Turcas y Caicos no está sistematizada. Aunque se deben certificar todas las defunciones, muchas son certificadas por enfermeras, particularmente las ocurridas en las islas menos pobladas. El acceso a las instalaciones de diagnóstico y su uso para confirmar el diagnóstico clínico resultan limitados, y la tasa de autopsias no es muy alta.

Con el fin de determinar la causa básica de muerte, el CAREC realizó un examen detallado de todas las defunciones registradas o no en las Islas Turcas y Caicos entre 1980 y 1995. Los casos no notificados se descubrieron por medio de los registros del Ministerio de Salud. Los resultados indican que de 1990 a 1994 el subregistro —estimado al comparar el número de defunciones señaladas en el estudio con el número registrado— fue de 12,1%, cifra similar a la del período 1985–1989 (12,2%) y a la de 1990–1994 (12%). Todos los datos de mortalidad aquí presentados se basan en el estudio del CAREC.

Desde el decenio de 1970, las tendencias de la mortalidad indican un aumento general del número de defunciones y de la tasa de mortalidad, con reducciones periódicas. En 1970 hubo 47 defunciones, número que se redujo a 30 en 1980. En los años ochenta, el número de defunciones volvió a aumentar y alcanzó su punto máximo en 1985 con 65, para reducirse de nuevo a 45 en 1990. En 1995 se registraron 80 defunciones, el máximo número registrado en fecha reciente. La tasa bruta de mortalidad fue de 636,4 por 100.000 habitantes, un aumento en comparación con 392,5 en 1990.

En lo que respecta a la distribución por sexo, la mayoría de las defunciones ocurridas en 1995 fueron de hombres

(51,3%), en contraste con el año anterior, en el que se registraron más defunciones de mujeres (54,9%). Esta pauta contradictoria, que se manifestó en todo el decenio de 1980, puede esperarse dondequiera que la población sea relativamente pequeña.

Entre 1990 y 1995, las tasas máximas de mortalidad específicas por edad correspondieron a la población de 65 años y más, seguidas de las del grupo de menos de 1 año. Las tasas mínimas se registraron en la población escolar, en niños de 5 a 14 años.

El número de defunciones de lactantes ocurridas entre 1991 y 1995 varió de un mínimo de 1 en 1991 a un máximo de 10 en 1995. La máxima tasa de mortalidad infantil en este período fue de 42,7 defunciones de lactantes por 1.000 nacidos vivos observada en 1995; no se sabe si ese aumento indica un cambio de la calidad de la atención. Entre 1992 y 1994, la tasa de mortalidad infantil alcanzó un promedio de 23,2 por 1.000 nacidos vivos. En los cálculos se emplearon los nacimientos registrados.

Entre 1993 y 1996, la máxima tasa de mortalidad neonatal fue de 34,2 defunciones por 1.000 nacidos vivos; las estimaciones de las tasas de mortinatalidad se obtuvieron de estadísticas de los hospitales. Durante 1996, la tasa estimada de mortinatalidad por 1.000 nacimientos fue de 16,7 en comparación con 13,5, 14,9 y 33,7 en 1995, 1994 y 1993, respectivamente. El número máximo de mortinatos registrados en el hospital durante ese período fue de 6 en 1993.

La principal causa de muerte en adultos en 1995 fueron las enfermedades del sistema circulatorio, que representaron un poco más de una cuarta parte (26,3%) del total de defunciones, seguidas de las defunciones por enfermedades transmisibles y por causas externas, que representaron 16,3% en ambos casos. Los tumores dieron cuenta de 10% y las afecciones originadas en el período perinatal, de 7,5%.

De las 362 defunciones ocurridas en el período 1990–1995, una de cada cuatro (27,3%) se debió a enfermedades del sistema circulatorio, la mayoría como consecuencia de accidentes cerebrovasculares y ataques cardíacos. Las enfermedades transmisibles ocuparon el segundo lugar, sobre todo debido al aumento del número de defunciones por sida, y representaron 18%; las defunciones por causas externas ocuparon el tercer lugar y ascendieron a 13%. De estas defunciones, 7,5% fueron causadas por tumores y otro 5,2%, por afecciones originadas en el período perinatal. Las defunciones por síntomas, signos y afecciones mal definidas, que a menudo son un indicador de la calidad de los servicios de diagnóstico, representaron 14,4%.

Morbilidad

En los registros de los pabellones hay datos fácilmente disponibles sobre el número de hospitalizaciones. Sin embargo,

el sistema actual no permite hacer un análisis profundo de esos datos, y los del diagnóstico de ingreso y alta resultan insuficientes para una codificación precisa según los principios de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Con el fin de determinar las principales causas de hospitalización, en este informe se intenta agrupar los datos de diagnóstico de ingreso correspondientes a 1996 según diversas categorías. Los datos se tomaron del pabellón general donde se aloja a pacientes adultos y pediátricos internados para recibir servicios médicos o quirúrgicos. Se excluyó la información de los pabellones de maternidad y pediatría.

Durante el quinquenio que terminó en 1996, aumentó constantemente el número de pacientes internados, pero no el número de camas. En 1996 se registraron 705 ingresos en el pabellón general del Hospital General de Turcas y Caicos, un aumento de 14% en relación con los 619 registrados en 1995. De esa cifra, 58,5% eran mujeres y 41,5%, hombres. Aproximadamente uno de cada dos pacientes (53,1%) internados ese año tenía de 15 a 44 años de edad, un quinto (20,4%), menos de 15 años y 12,7%, 65 años y más. Sin embargo, cerca de 70% de los pacientes internados menores de 5 años eran varones y dos tercios de los de 15 años y más, mujeres.

Según el diagnóstico de ingreso, las afecciones del aparato gastrointestinal representaron 12,3% de todas las estadías de pacientes en 1996; los accidentes y la violencia, principalmente el envenenamiento, las heridas con arma blanca y las quemaduras, causaron otro 10,5%. Otras afecciones registradas con frecuencia incluyeron la hipertensión (5,4%) y el aborto (5,9%). En 1995 se realizaron 402 procedimientos quirúrgicos en el hospital y, en general, la estancia promedio fue de 3,4 días.

Los 1.755 pacientes ambulatorios registrados en 1995 representaron un aumento de 10,2% en relación con las 1.593 consultas registradas en 1994 y de 57,4% en relación con el total de consultas correspondiente a 1992.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

Durante 1995 ocurrieron 10 defunciones de niños de 0 a 4 años de edad en las Islas Turcas y Caicos; en su mayoría (7 defunciones) durante los siete primeros días de vida. Las causas de muerte citadas fueron la prematuridad, el síndrome de dificultad respiratoria, la septicemia, la gastroenteritis aguda y otras afecciones originadas en el período perinatal. La tasa de mortalidad infantil para ese año se estimó en 42,7 defunciones por 1.000 nacidos vivos, que representa una subestimación pues se emplearon los nacimientos registrados como denominador.

La prematuridad está estrechamente vinculada al riesgo de defunción infantil y el porcentaje de partos con niños de menos de 2,5 kg es un indicador de prematuridad. La estimación más fidedigna, basada en datos de 1995 tomados del libro de registro del pabellón de maternidad del Hospital de Gran Turca, coloca esta cifra en 10,8% de los partos.

La mortalidad de los niños de 1 a 4 años no es un problema en el territorio, pero las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas lo son. Por ejemplo, se registró solo una defunción como consecuencia de un accidente ocurrido en 1995, pero entre 1993 y 1996 se notificaron 2.674 infecciones respiratorias agudas. Los 465 casos notificados en 1994 representan la cifra mínima anual para el período y los 830 casos notificados en 1995, la máxima. Se notificaron 707 casos de gastroenteritis, en su mayoría (209) en 1995.

Se consideraron prioritarios los servicios de salud infantil en lo que respecta a atención preventiva, inmunización, vigilancia del crecimiento y atención curativa. Se administraron las vacunas DPT, OPV y MMR y la cobertura con todas ellas se acercó a 100% en 1996. De los 552 niños llevados a consulta de vigilancia del crecimiento en 1995, 18,3% se consideraron obesos. A partir de los datos de 1995 sobre Gran Turca, el porcentaje de mujeres que amamantaban a sus hijos exclusivamente con leche materna a los 3 meses era inferior a 2%. Esa cifra mejoraría si se preparara mejor a las madres para la lactancia natural después del parto.

Durante el año escolar 1994–1995 se matricularon 1.625 y 1.058 niños en las 10 escuelas primarias y las 4 secundarias del territorio, respectivamente. Gran Turca tuvo la máxima proporción de estudiantes de enseñanza secundaria y Providenciales la de enseñanza primaria, lo que indica el gran número de mujeres en edad de procrear en esta última isla. El programa de salud escolar ofrece aplicación de vacunas de refuerzo, revacunación, exámenes de la vista y del oído y educación general para la salud; los pacientes con problemas de la vista se envían a un oftalmólogo.

Los datos del Departamento de Bienestar Social indican que hay un gran número de niños huérfanos, sin medios de sostén y abandonados. Muchas familias están encabezadas por progenitores solteros y el abandono por el padre es común. La toxicomanía y el sida también han afectado a muchas familias y llevado a un número aún mayor de niños a recibir asistencia social. Durante 1994–1995, de los 262 beneficiarios de la ayuda del Departamento, 35,4% recibieron asistencia en forma de apoyo financiero para las familias, colocación de los niños en hogares o instituciones de adopción y apoyo para los niños de padres delincuentes. Recientemente se ha observado que los niños de edad escolar son urgidos a trabajar para ayudar a complementar el ingreso familiar.

Las Islas Turcas y Caicos no tienen ningún programa integral de salud del adolescente en la actualidad.

La salud del adulto

Según el censo de 1990, las personas de 15 a 64 años de edad representan aproximadamente 63% de la población total. El porcentaje de hombres de 15 a 49 años de edad es mayor que el de mujeres de ese grupo de edad, pero el porcentaje de mujeres de 50 a 64 años de edad es mayor que el de hombres de ese grupo de edad. La insólita preponderancia de hombres de 15 a 64 años bien puede señalar la distribución por sexo de la población migratoria residente, en su mayoría formada por hombres de grupos de edad productiva.

Las principales causas de defunción de las personas de este grupo son similares a las de toda la población y comprenden las enfermedades del corazón, el cáncer, el sida, los accidentes y la violencia.

El programa de atención prenatal aspira a que cada mujer embarazada acuda a una primera consulta lo más pronto posible. Eso reviste particular importancia por los numerosos embarazos de alto riesgo de adolescentes y de mujeres de 35 años y más. Durante 1996, solo 25,1% de las 283 embarazadas que recibieron atención en Providenciales hicieron su primera consulta en las 16 primeras semanas de gestación y 17%, solo después de la vigesimosexta semana. Las tasas calculadas de mortinatalidad de 4,2% y 2,3% en Providenciales y Gran Turca, respectivamente, se agregan a los motivos de preocupación.

Las bajas concentraciones de hemoglobina observadas durante el embarazo han sido motivo de inquietud por la salud de la mujer. En general, se determinó que en 1996, 16,6% de las 283 mujeres que recibieron atención prenatal en Providenciales tenían bajas concentraciones de hemoglobina (<10 g) y 24,4% de los 98 exámenes realizados en Gran Turca dieron resultados bajos. Sin embargo, no todos los grupos de población estaban expuestos al mismo riesgo, como se observó en Providenciales; si bien solo 4,5% de las mujeres de las Islas Turcas y Caicos mostraron bajas concentraciones de hemoglobina, esa proporción fue de 23,8% en las mujeres haitianas y de 11,5% en las mujeres de otras nacionalidades. Asimismo, acusaron resultados positivos en la prueba del VIH solo 2 (0,7%) de las 89 mujeres naturales de Providenciales en comparación con 9 de las 168 (3,1%) haitianas. Se realizan análisis de detección del VIH con consentimiento informado a cada mujer que recibe atención prenatal. No se dispuso de datos específicos sobre nacionalidad en Gran Turca.

La salud de la mujer

Los datos para 1996 obtenidos de la Clínica de Mantenimiento de la Salud de la Familia de Gran Turca revelaron que de 38 frotis de Papanicolaou, 30 correspondieron a mujeres naturales del país y 8 (21%) a mujeres extranjeras. La cifra de

utilización por estas últimas es mucho menor que la observada en otros servicios; sin embargo, se sabe que las actividades de educación para la salud en marcha no llegan debidamente a ese grupo de la población. Se ofrecen servicios de detección del cáncer del cuello uterino a todas las mujeres, pero se han escogido específicamente a las que están en edad de procrear. En los dispensarios también se ofrecen exámenes de la mama.

Se ofrecen servicios de planificación familiar en los dispensarios comunitarios de salud. En 1996 se atendieron 75 nuevas consultas de planificación familiar en el dispensario de Providenciales y se entregaron anticonceptivos orales a 35 pacientes, e inyectables a 40. El total de mujeres examinadas durante el año fue de 677, 63,4% de 25 a 34 años, y 13 menores de 20 años. En 1996 se distribuyeron 177 paquetes de condones como parte de una estrategia de prevención del sida.

La salud del adulto mayor

Según el censo de 1990, 574 residentes de las Islas Turcas y Caicos tenían 65 años y más y representaban 5% de la población total: 322 (56,1%) eran mujeres y 252 (43,9%), hombres.

El Gobierno exige que los empleados se jubilen a los 55 años, pero las prestaciones del Seguro Nacional recién comienzan a pagarse a los 65 años y las pensiones para las personas no contribuyentes, a los 68. Los servicios públicos se prestan por medio del Departamento de Asistencia Social y se ofrecen beneficios sociales a la mayoría de las personas a partir de los 60 años.

Con el paso del tiempo ha aumentado mucho la carga social y económica que soporta este grupo de edad, y muchos de sus integrantes deben autoabastecerse y sostener a los nietos que han quedado a su cargo. Al reconocer que esos grupos de población necesitan atención especial, en 1994 el Gobierno realizó un estudio de los servicios para el adulto mayor como parte del proyecto de ajuste del sector salud. Los resultados señalan la necesidad de integrar mejor la prestación de servicios de salud y asistencia social a ese grupo.

El pabellón geriátrico del Hospital de Gran Turca ofrece atención institucional a los ancianos. El pabellón tiene espacio para 12 pacientes solamente, todos ellos enviados por el Departamento de Asistencia Social, la mayoría con diagnóstico de senilidad y fracturas. En vista de la escasez de camas del pabellón y de la falta de hogares geriátricos, se prestan servicios de asistencia social a los ancianos que viven solos, incluso apoyo financiero y pago de los servicios de ayudantes domésticos. En el ejercicio fiscal 1994-1995, 73 adultos mayores recibieron pagos mensuales de asistencia social. Algunas iglesias también prestan asistencia a sus miembros ancianos y lo mismo hace la mayoría de los grupos comunitarios afiliados a las iglesias. Las visitas domiciliarias se incluyen

como parte de los servicios ofrecidos por el personal del Departamento de Salud de la Comunidad.

Las enfermedades crónicas están entre las principales causas de muerte y hospitalización en este grupo de edad.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Los datos sobre enfermedades transmisibles se basan en informes de casos enviados mensualmente por el Departamento de Salud de la Comunidad al CAREC. Entre 1993 y 1996, las enfermedades transmisibles notificadas con más frecuencia en los niños menores de 5 años fueron la influenza (3.361 casos), las infecciones respiratorias agudas (2.674) y la gastroenteritis (707).

No se notificaron casos de enfermedades transmitidas por vectores durante este período y los casos de enfermedades inmunoprevenibles fueron muy pocos. En 1993 se notificaron siete casos de parotiditis, seguidos de tres en 1994; los últimos casos de sarampión conocidos fueron los cuatro notificados en 1993. Después de varios años sin casos de tuberculosis, se notificaron tres casos en 1996.

Las enfermedades de transmisión sexual, particularmente la gonorrea, siguen siendo un problema. Entre 1993 y 1996 se notificaron 30 casos de gonorrea y solo en 1996, 16 casos. En el período se notificaron 21 casos de sífilis, 6 de los cuales ocurrieron en 1996. En ese mismo año se notificó un caso de hepatitis.

En el cuatrienio se notificaron 74 casos de enfermedades transmitidas por los alimentos, 28 de ellas solo en 1996. Muchos enfermos necesitaron hospitalización.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El sida sigue siendo un grave problema de salud pública como causa de defunción y como contribuyente a la pérdida de años de vida, así como por sus repercusiones socioeconómicas para la comunidad.

Desde 1985, cuando comenzó el examen de detección del VIH en las Islas Turcas y Caicos, hasta diciembre de 1996 se notificó un total de 94 casos de sida en el territorio; 53 (56,4%) ocurrieron en hombres y el modo de transmisión predominante fue el contacto heterosexual. Las personas de 20 a 44 años constituyeron 63,8% de todos los casos y solamente las del grupo de edad de 30 a 34 años representaron una cuarta parte (25,6%). Se identificaron solamente tres casos pediátricos (menores de 5 años). La mayoría de los casos (38,3%) eran de Providenciales, seguidos de los casos de Gran Turca y Caicos Meridional con 27,7% y 24,5%, respectivamente. Se sabe que hasta diciembre de 1996 habían muerto 75,5% de todos los enfermos.

La razón hombre/mujer fue de 1:1 en Providenciales, 1,8:1 en Gran Turca y 1,0:1 en Caicos Meridional. De todos los casos, 79 (84%) correspondieron a personas naturales de las Islas Turcas y Caicos, y los extranjeros representaron el restante 16%. En Providenciales, que tiene un mayor porcentaje de inmigrantes, el porcentaje de casos de extranjeros fue de 33,3%, en Gran Turca, de 15,4% y en las otras islas en conjunto, de 3,1%.

Se realizan exámenes anuales de detección de la infección por el VIH a quienes solicitan permisos de residencia y trabajo, a las mujeres embarazadas y a los donantes de sangre. Como no hay estadísticas fidedignas, las estimaciones de prevalencia deben derivarse de los exámenes de detección realizados a las embarazadas que recibieron atención prenatal en Gran Turca y Providenciales. En 1995, de 101 mujeres que recibieron atención prenatal en Gran Turca, 8 (7,9%) arrojaron resultados positivos. En 1996, de 283 exámenes de atención prenatal en Providenciales, 11 (3,9%) arrojaron resultados VIH positivos.

Las estadísticas muestran un aumento constante del porcentaje de extranjeros en los nuevos casos de sida diagnosticados entre 1993 y 1996, de 13,3% a 33,3%. Sin embargo, estos casos de sida indican la tasa de infección de 5 a 10 años antes. Un indicador más apropiado de la tasa de infección actual debería basarse en estadísticas de infección por el VIH. De los 8 casos VIH positivos registrados en Gran Turca en 1995 y de los 11 casos en Providenciales en 1996, 87,5% y 81,8%, respectivamente, correspondieron a extranjeros. No se sabe si eso indica o no una mayor prevalencia de la infección por el VIH en la población extranjera, aunque las pruebas basadas en los exámenes prenatales hechos en Providenciales tienden a indicar esto. Durante 1996, el porcentaje de clientas de atención prenatal naturales del país con resultados positivos fue de 2,2% y el de extranjeras, de 4,6%.

Las autoridades de salud abordan activamente la situación del VIH/sida, pero hay varias lagunas en las actividades de prevención. Primero, se necesita establecer un método más sistemático, basado en datos, para realizar las pruebas regulares de detección del VIH y acopiar, analizar, interpretar y divulgar esa información. Es preciso establecer políticas que determinen quién debe someterse a examen, de manera que ese esfuerzo pueda ser de mayor eficacia en función del costo y resultar útil para la planificación. Los enfoques estratégicos para la reducción del número de personas infectadas por el VIH no se pueden basar exclusivamente en estadísticas sobre el sida. Dada la prolongada dilación entre el momento de la infección y el comienzo de los síntomas, y el hecho de que en un territorio con una población tan pequeña como la de las Islas Turcas y Caicos la epidemiología de la enfermedad puede cambiar muy rápido, los programas que no tengan en cuenta las estadísticas de infección por el VIH ni de sida pueden quedar mal orientados ya antes de establecerse. La deci-

sión de realizar más campañas de educación mejor enfocadas hace aún más importante el empleo de las estadísticas sobre el VIH. Las tendencias recientes de la infección por el VIH, tales como las tasas registradas en mujeres embarazadas, indican una mayor prevalencia entre los inmigrantes legales e ilegales que hablan un idioma distinto y vienen de una cultura diferente. Desde 1995, la Administración de Desarrollo de Ultramar interrumpió su ayuda al programa de sida; en la actualidad dicho programa está totalmente financiado por el presupuesto ordinario nacional, lo que crea cierta preocupación por la posibilidad de mantenerlo al nivel anterior.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Accidentes y violencia. Las causas externas han adquirido importancia como causa de muerte. Las defunciones por accidentes y violencia han aumentado de un solo caso en 1980 a 2 en 1985, lo que representa 3,1% del total de defunciones. En los años noventa, el efecto de los accidentes y la violencia aumentó más: 5 casos en 1990 y 13 en 1995; ello representa 11,1% y 16,3% del total de defunciones, respectivamente.

Se combinaron los datos del período 1992–1995. Durante ese período hubo 36 defunciones por lesiones intencionales o no intencionales (13,7% del total). Veintiséis o aproximadamente tres de cada cuatro de estas defunciones (72,2%) fueron de hombres. El grupo de edad con el mayor número de defunciones y la mayor tasa de mortalidad por 100.000 habitantes fue el de 25 a 44 años de edad, lo que representó 13 (36,1%) de las 36 defunciones, con una tasa de 87,8 por 100.000. Este grupo fue seguido por el de las personas de 15 a 24 años, con 8 defunciones (22,2%) y una tasa de mortalidad de 80 por 100.000.

Las principales causas externas de muerte en las Islas Turcas y Caicos son los accidentes de tráfico de vehículos de motor, el ahogamiento y el homicidio. Entre 1992 y 1995, estas tres causas ocasionaron dos de cada tres defunciones por causas externas. Los accidentes de tráfico de vehículos de motor causaron 10 muertes, 27,8% del total por causas externas durante este período; 7 de las 10 defunciones fueron de hombres. Hubo 9 defunciones por ahogamiento, 8 (88,9%) fueron de hombres. Los homicidios y las lesiones infligidas intencionalmente por otros causaron 5 defunciones, 2 de las cuales fueron de mujeres. Ocurrieron 3 defunciones por caídas accidentales y 2 por suicidio.

Las lesiones resultantes de actos de violencia o accidentes están entre las principales causas de hospitalización y representaron aproximadamente 10,5% de todos los ingresos en 1996. Además de las causas que provocan muertes, sobre todo los accidentes de tráfico de vehículos de motor, el ahoga-

miento y los actos conducentes a homicidios, otras causas comunes de hospitalización son los envenenamientos y quemaduras; la intoxicación con pescado es, con mucho, la más común.

La intensificación de la violencia contra la mujer, pese a no reflejarse en las estadísticas de mortalidad, es un problema de salud pública cada vez mayor. Las pautas culturales dejan muchos episodios sin denunciar o, cuando se denuncian, sin castigar. En el programa vigente de salud de la familia es preciso incorporar actividades para controlar esa tendencia.

Tumores malignos. De 1992 a 1995 hubo 23 defunciones atribuibles a tumores malignos; 3 en 1992, 9 en 1993, 3 en 1994 y 8 en 1995. Del total, 13 (56,5%) fueron de hombres y 10 (43,5%), de mujeres. El cáncer siguió siendo una enfermedad predominante entre los adultos mayores y 65,2% de todas las defunciones ocurrieron en personas de 65 años y más.

Durante ese mismo período, 7 defunciones (30,4%) se debieron a cáncer de los órganos genitourinarios, 4 de las cuales fueron de hombres que murieron de cáncer de próstata. El cáncer del aparato digestivo y del peritoneo fue la causa de 6 (26,1%) defunciones, 4 de hombres; el cáncer del estómago ocasionó 4 de estas 6 defunciones. Además, hubo 2 defunciones por cáncer de la laringe y 2 por leucemia, y 2 mujeres murieron de cáncer de mama.

Aunque no se dieron datos detallados sobre las causas específicas, el cáncer también se ha citado como una de las principales causas de hospitalización.

Enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares o del sistema circulatorio son las principales causas de defunción en las Islas Turcas y Caicos. En 1995 esas afecciones causaron 29% del total de defunciones, que afectaron desproporcionadamente a las mujeres (a quienes las enfermedades cardiovasculares causaron 38,5% del total de defunciones) en comparación con los hombres (19,5% del total de defunciones de hombres). Al combinar los datos para el período 1992–1995, los resultados fueron similares aunque no tan obvios. Del total de 263 defunciones de este período, 76 (29%) se debieron a esas afecciones y el porcentaje de mujeres (33,3%) fue otra vez mayor que el de hombres (24,4%).

En el período 1992–1995, las principales causas dentro de este grupo fueron las enfermedades cerebrovasculares (31,6%) y el infarto del miocardio (25%). De las 76 defunciones, 58% ocurrieron en mujeres. La mortalidad aumentó mucho con la edad y las personas de 65 años y más presentaron las máximas tasas de mortalidad. Casi 9 de cada 10 defunciones (87,5%) ocurrieron en personas de 45 años y más.

Aunque en los hospitales no había datos disponibles, se reconoce que la hipertensión y las afecciones resultantes de las enfermedades hipertensivas son una de las principales causas de hospitalización. En 1996, cerca de 5% de todas las perso-

nas internadas en el pabellón general del hospital de Gran Turca tenían a la hipertensión específicamente registrada como causa de ingreso y para un número mucho mayor se citó como factor contribuyente.

Salud oral. Los servicios de salud oral del territorio se ven afectados por una grave escasez de personal. Un solo dentista del servicio público, ayudado por una enfermera dental, trabaja en el principal dispensario dental de Gran Turca y hay un dentista particular en Providenciales. El dentista y la enfermera del servicio público programan visitas a todas las demás islas, pero en Providenciales, donde reside la mayoría de la población, se necesita un dentista del servicio público de dedicación exclusiva.

La principal clínica de Gran Turca presta la mayoría de los servicios dentales, entre ellos radiología, periodoncia, endodoncia, cirugía oral, servicios de prótesis menores y odontología de restauración. La atención dental en otras partes del territorio depende de las instalaciones existentes en cada isla. La atención preventiva, prestada sobre todo por medio de un activo programa de salud dental escolar, también constituye una prioridad. Además de las conferencias educativas dictadas por profesionales del Departamento, este programa comprende el examen de todos los niños de edad escolar cada cinco años para determinar el número de dientes caridos, perdidos u obturados (CPO-D) y evaluar el índice periodontal; la administración de tratamiento de fluoruro a todos los niños, y la aplicación de selladores a los dientes primarios y permanentes de los niños. Además, el personal presentó 200 coloquios sobre higiene dental en 1995. En ese mismo año, los pacientes hicieron 2.550 consultas al dispensario principal. El costo promedio por consulta para cada paciente se estimó en US\$ 20,00, pero la tarifa cobrada en promedio fue de \$4,00.

Ciertos problemas de salud oral han suscitado preocupación y deberán abordarse en el futuro, ya sea por medio de servicios o de educación. Por ejemplo, hay bastante fluorosis, presuntamente debida en parte al consumo excesivo del fluoruro natural del agua de pozo. Además, los residentes de Providenciales y Gran Turca, sobre todo los niños, presentan un número de caries cada vez mayor que, por lo que se cree, guarda relación con el cambio a alimentos menos nutritivos. Por último, se realiza un excesivo número de extracciones a extranjeros porque ellos esperan demasiado para acudir a los servicios de atención dental.

Trastornos del comportamiento. El Consejo Nacional de Medicamentos coordina las actividades de control del efecto de las drogas ilegales en las Islas Turcas y Caicos. Dicho Consejo, establecido en 1989 como dependencia del Ministerio de Salud, ahora forma parte de la cartera del Ministerio de Asuntos Públicos Locales. Dada la función cada vez más impor-

tante de la unidad, actualmente se estudia la posibilidad de transformarla por ley en un organismo con más autonomía.

El personal del Consejo apoya varias actividades, tales como un programa de seguimiento, grupos de apoyo a toxicómanos en la mayoría de las islas, un proyecto con la cárcel y un programa de control del uso de drogas en las escuelas. El Consejo también se encargó de ratificar el Plan Maestro para la Estrategia Nacional contra las Drogas 1996–2000, que exige el fortalecimiento institucional, el acopio de datos, la reducción del tráfico y de la demanda de estupefacientes y la creación del marco legislativo y judicial apropiado para la lucha contra el uso de drogas.

No hay estadísticas sobre el alcance del problema de las drogas en el territorio, pero los entendidos opinan que es relativamente grave. En la primera mitad del decenio de 1990, se duplicó la población de las cárceles de las Islas Turcas y Caicos. Las estimaciones basadas en las sesiones de orientación indicaron que el porcentaje de presos toxicómanos era de 98%. Muchos citan el aburrimiento y la presión de los compañeros como las razones de la toxicomanía, lo que confirma la opinión de que la oferta de un mayor número de actividades comunitarias para los jóvenes reducirá la demanda de drogas.

Muchos adictos han buscado ayuda por medio de grupos de apoyo locales que, a su vez, recurren al Consejo Nacional de Medicamentos. Por falta de instalaciones de tratamiento en el territorio, es necesario enviar a la gente al Centro de Rehabilitación de Sandilands en Nassau, Bahamas. Los resultados obtenidos en 1996 revelaron que tres personas habían terminado con éxito el tratamiento de seis meses en Sandilands e ingresado al programa de seguimiento y que dos estaban todavía en tratamiento; un antiguo paciente había sufrido una recaída. Además, se hospitalizó a otros cuatro.

Como parte del programa de seguimiento, todas las personas que regresaron de Sandilands asistieron a sesiones semanales por 18 meses. Varios estudiantes de secundaria que habían usado marihuana participaron en las sesiones. Quince hombres con problemas de toxicomanía recibieron tratamiento como parte de un programa de rehabilitación de los presos; dicho programa buscará hacer participar en el plan de seguimiento a quienes estén en libertad condicional.

Preparativos para situaciones de desastre. Como resultado del empeño puesto por el Comité Nacional de Desastres, los preparativos para desastres están mejor estructurados. El Comité es un órgano integral multidisciplinario con representantes de instituciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales cuyas responsabilidades abarcan el área de desastres. Un Coordinador Nacional de Desastres armoniza todas las actividades del comité y del subcomité. Se destacan los campos de educación y capacitación por medio de simulacros, divulgación de información, adquisición de

equipo y suministros, tratamiento y envío de casos, acopio de información y evaluación de necesidades, vigilancia epidemiológica y control de las enfermedades transmisibles, y apoyo psicológico.

Dentro del Plan Nacional de Administración de Desastres, el Plan de Gestión de la Atención Primaria de Salud en Casos de Desastre sirve de marco para las medidas tomadas por el sector salud después de un desastre. El Plan explica varias actividades claramente definidas que deben realizar el personal de salud y la comunidad a lo largo de las etapas de preparación, respuesta y recuperación en casos de desastre. Nueve centros de salud y dispensarios públicos y dos privados localizados en las islas son los puntos focales de la respuesta del sector salud a los desastres.

Las principales amenazas para las Islas Turcas y Caicos son los huracanes, las inundaciones, los incendios y los accidentes masivos de transporte tales como siniestros aéreos. En los últimos años, ningún huracán ha causado graves daños en el territorio. Sin embargo, cuando en junio comienza la temporada de huracanes, se moviliza y alerta a todos los comités. Durante el verano de 1995, fuertes inundaciones causaron extensos daños y destrucción de propiedades, particularmente en Caicos Septentrional y Providenciales. Se emplearon muchos recursos financieros y humanos en la limpieza.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Gobierno, que es el principal proveedor de atención de salud, ha seguido por mucho tiempo el principio de que la atención de salud debe estar a disposición de todos los residentes de las islas, y ser accesible y de costo razonable. También reconoce que las organizaciones no gubernamentales y las personas deben compartir esa responsabilidad si se desea convertir en realidad la aspiración de lograr óptimas condiciones de salud para la mayoría. Los departamentos de atención médica y dental se destinan a prestar atención preventiva y curativa eficiente y de alta calidad a todos los sectores de la población, mediante trabajo con la comunidad y con los proveedores de atención de salud privados y extranjeros. El Departamento de Salud Ambiental se asegura de que los hoteles, restaurantes, tiendas y casas particulares se ciñan a las normas de saneamiento y salud establecidas por la ley.

La reforma del sector salud

En 1989, el Gobierno del Reino Unido financió un amplio programa de ajuste del sector salud para identificar y resolver las muchas deficiencias de la atención de salud en los territo-

rios británicos del Caribe. El programa se concentró en mejorar los cinco campos siguientes: estructuras y procesos administrativos, métodos de planificación, estrategias financieras, calidad de la atención y resultados de salud. Ahora en su segunda fase, el programa ha establecido planes operativos para Turcas y Caicos hasta el año 2000.

Las recomendaciones del programa de ajuste han llevado a hacer varios cambios. Por ejemplo, se ha modificado el plan de fijación de tarifas de servicios médicos y dentales y en breve se introducirá un mejor sistema de administración financiera, incluso de recaudación de ingresos. Además, se está revisando el elevado número de casos remitidos al exterior y la necesidad de atención de seguimiento en el país y se explora la factibilidad de establecer un sistema nacional de seguro médico.

La nueva estructura administrativa establecida por el proyecto de ajuste del sector salud llevó a nombrar a un Administrador de Servicios de Salud encargado de la gestión administrativa de esos servicios, campo que ha sido siempre una responsabilidad del Oficial Médico Principal. También se creó un cargo de Administrador de Atención Primaria de Salud. Se han reasignado las tareas de los puestos existentes para cubrir los nuevos cargos.

Las políticas siguen abordando los déficit de infraestructura y de personal que deben corregirse si se desea mejorar la calidad de los servicios y el control de los costos de la atención de salud. Las cuestiones prioritarias son el desarrollo de recursos humanos; el acceso a recursos financieros; el establecimiento de un sistema eficaz de información en salud conducente a mejorar la planificación y la vigilancia de los programas; la mejora de la infraestructura de salud, particularmente en el Hospital de Gran Turca; la consolidación de los vínculos con las organizaciones no gubernamentales; la salud ambiental; la adquisición de medicamentos; la promoción de la salud; la nutrición; la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y el control del VIH y el sida.

También se explora la posibilidad de introducir un conjunto de medidas legislativas como parte del proyecto de ajuste del sector público, que incluye disposiciones para la recuperación de tarifas y legislación para reducir el número de accidentes, por ejemplo, leyes sobre la conducción en estado de embriaguez o el uso obligatorio de cinturones de seguridad y cascos. En 1992 concluyó un extenso examen de la legislación sobre el medio ambiente.

Puesto que ciertas prácticas, como las pautas de alimentación o de selección de los alimentos, desempeñan un papel importante en la etiología de muchas enfermedades transmisibles, se creó una Política Nacional de Nutrición junto con el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el consultor en nutrición de la OPS en las Bahamas. El plan se convertirá en un importante elemento en la lucha contra varios trastornos relacionados con la alimentación, tales como

la obesidad, las enfermedades del corazón, la diabetes y varias formas de cáncer, que figuran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en los adultos.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

Los servicios de salud de las Islas Turcas y Caicos se prestan bajo los auspicios del Ministerio de Salud, Educación, Juventud y Deportes. Los servicios son una responsabilidad directa del Secretario Permanente de Servicios de Salud, subordinado al Ministro. Hay un cierto grado de descentralización y los servicios se clasifican en tres campos generales: servicios médicos, dentales y ambientales, cada uno con su propio presupuesto.

Los servicios médicos se dividen además en servicios de hospitalización y servicios comunitarios de salud. El Oficial Médico Principal, que también desempeña el cargo de director médico del único hospital de las Islas Turcas y Caicos localizado en Gran Turca, es la máxima autoridad técnica encargada de todos los servicios médicos y sanitarios. Cada jefe de sección está subordinado administrativamente al Secretario Permanente.

El hospital localizado en Gran Turca es una institución de atención secundaria con 36 camas que sirve de centro de referencia para todas las islas; tiene un pabellón de maternidad, uno geriátrico y uno general que atiende a todos los demás pacientes ambulatorios. En 1995, el hospital agregó una unidad de hemodiálisis donde se puede tratar a un máximo de tres pacientes simultáneamente. Antes de ofrecerse el servicio de hemodiálisis, era preciso trasladar a los pacientes al exterior para el procedimiento, a un costo muy elevado.

Hay nueve dispensarios comunitarios de salud en seis islas: un complejo de salud materno-infantil, que ofrece servicios de salud materno-infantil, mantenimiento de la salud de la mujer, planificación familiar y salud escolar en Gran Turca; un dispensario general que presta servicios preventivos, curativos y de rehabilitación a todos los grupos, también en Gran Turca; un dispensario público con 10 camas, que ofrece servicios permanentes de atención de salud general y materno-infantil en Providenciales; dos dispensarios en Caicos Central y otros dos en Caicos Septentrional, además de uno en Caicos Meridional y otro en Salt Cay. Según la demanda, los dispensarios están dotados de enfermeras de salud pública, enfermeras-obstétricas diplomadas, enfermeras clínicas y auxiliares de salud comunitaria; los médicos hacen visitas programadas.

Los servicios de salud materno-infantil ofrecidos por los dispensarios públicos comprenden generalmente atención prenatal y posnatal, planificación familiar y salud infantil.

Hay dos dispensarios privados en Providenciales. Muchos residentes de las Islas Turcas y Caicos también viajan regularmente a las Bahamas o a otros puntos del exterior en busca de atención médica. Las compañías de seguro particular ofrecen cobertura de atención médica a quienes pueden pagar. Como el costo de ese seguro suele ser exorbitante, el Gobierno explora la forma de ampliar los servicios locales por medio de un convenio con un especialista visitante. Los médicos particulares también han propuesto un acuerdo para utilizar y administrar conjuntamente el establecimiento de atención secundaria de Providenciales; su propuesta es objeto de cuidadoso estudio.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

La certificación y práctica de los profesionales de la salud en las Islas Turcas y Caicos está regida por la Ordenanza sobre Profesionales de Salud de 1978, que ha establecido un Consejo de Profesionales de Salud presidido por el ministro encargado de la salud o su delegado.

La Ordenanza de Salud Pública y Ambiental de 1992 rige el trabajo del Departamento de Salud Ambiental, que se encarga de proteger la calidad del medio ambiente, incluso la conservación del agua, el aire y el suelo, la calidad de la vivienda y la seguridad de las sustancias químicas, y también de la protección e inocuidad de los alimentos.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. Al reconocer la importancia de la promoción de la salud para el logro de la salud para todos, el Gobierno de las Islas Turcas y Caicos ha adoptado la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud y trabaja para incorporar actividades de promoción en todos sus programas. El Departamento de Salud de la Comunidad se encarga directamente de ejecutar estos programas y actividades, muchos de ellos realizados en colaboración con los sectores de educación y comunicaciones. Sin embargo, se reconoce la necesidad de tener una estrategia más amplia de promoción de la salud.

La asistencia externa proporciona fondos para varios programas continuos de promoción de la salud, algunos de ellos enfocados en el sida y la toxicomanía. Sin embargo, se puede lograr mucho más con programas y actividades destinados a reducir otros problemas prioritarios de salud, como los accidentes y la violencia.

Programas de prevención y control de enfermedades. La mayoría de las enfermedades transmisibles son notificables por ley y, puesto que casi toda la población acude regularmente

a los dispensarios públicos, se cree que la cobertura de la notificación es bastante buena. El Departamento de Salud Comunitaria se encarga de la prevención de las enfermedades, incluso de la vigilancia epidemiológica. Varios programas, como los de inmunización de la madre, el lactante y el niño pequeño; educación para la salud; exámenes de detección de cáncer en adultos, y examen de los niños de edad escolar son la piedra angular de las actividades de prevención del Departamento. La frecuente colaboración del Departamento con otros, particularmente el Departamento de Salud Ambiental, resulta indispensable para el éxito de programas como los de control de vectores y de enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos y las causadas por la contaminación biológica o química.

El proyecto integrado de control de vectores es digno de mencionarse por el empeño puesto en hacer participar a la comunidad en el control de los mosquitos y de las enfermedades transmitidas por estos, especialmente por *Aedes aegypti*, y del dengue. Este proyecto, patrocinado en un principio por el Gobierno de Italia y financiado luego por el del Reino Unido, produjo marcadas reducciones del índice de infestación de viviendas con todos los mosquitos, entre ellos *Aedes aegypti*, y fue particularmente importante para todas las islas cercanas a Haití, donde el dengue es endémico.

Abastecimiento de agua, sistemas de alcantarillado y eliminación de residuos sólidos. El agua potable en las Islas Turcas y Caicos se obtiene sobre todo por el proceso de ósmosis inversa, luego se distribuye desde fuentes públicas o por medio de camiones cisterna y, por último, se guarda en depósitos. El agua del sistema de abastecimiento público es clorada y se examina regularmente para determinar su grado de contaminación química y bacteriana. Muchas familias también se abastecen de agua de pozo, práctica que solo puede fomentarse si la fuente se trata debidamente contra la contaminación bacteriana. La Ordenanza sobre Planificación vigente exige que toda nueva construcción disponga de suministro de agua, pero quedan muchas familias sin tanques de depósito de agua.

Es obligatorio tener instalaciones de tratamiento de aguas servidas. Según el censo de 1990, casi todas las familias (52,6%) tienen sistemas de fosas sépticas, pero muchas (43,6%) todavía usan letrinas de pozo. Las instalaciones grandes, como los hoteles, tienen plantas de tratamiento mecánico. Puesto que las islas sufren escasez permanente de agua, muchos hoteles, edificios públicos y viviendas particulares usan agua salada para los sistemas de lavado de inodoros.

El Departamento de Salud Ambiental se encarga de recoger y eliminar todos los residuos del territorio. En 1996 manejó aproximadamente 1.500 toneladas de residuos sólidos. En algunas islas, la recolección de residuos de los sectores residencial y empresarial está a cargo de contratistas privados por una tarifa módica. Varias empresas privadas e independientes de transporte también prestan este servicio por una tarifa. Los residuos se eliminan en rellenos sanitarios.

Protección y control de los alimentos. La protección y el control de los alimentos es importante para la salud del consumidor y la economía de las Islas Turcas y Caicos, particularmente por su dependencia del turismo y de la pesca. Varios funcionarios del Departamento de Salud Ambiental, capacitados en metodología de inspección de los alimentos, examinan periódicamente las instalaciones de preparación, servicio y expendio de alimentos para determinar si cumplen con las políticas y procedimientos de saneamiento e inocuidad. El Departamento también se encarga de educar al público sobre la protección e inocuidad de los alimentos.

Recursos humanos

Puesto que en muchas áreas del sector salud hay escasez de profesionales idóneos, el Gobierno debe contratar extranjeros continuamente. Muchos de ellos reciben contratos a corto plazo, lo que constituye un grave obstáculo para las actividades de planificación a largo plazo.

Los datos recientes indican que el Ministerio de Salud emplea 5 médicos, 1 dentista y 34 profesionales de enfermería en varios niveles; 22 de estos últimos son diplomados o tienen formación superior. Además, forma parte del sector de salud pública una plantilla de personal paramédico constituida por ocho auxiliares comunitarios de salud, ocho auxiliares geriátricos, dos técnicos de laboratorio, cinco funcionarios de salud ambiental y nueve funcionarios de control de vectores. Hasta diciembre de 1996, solo un médico era natural de las Islas Turcas y Caicos y casi 50% de los profesionales de enfermería, que constituyen el mayor cuadro de trabajadores de salud, eran extranjeros; existe una situación similar en los sectores de servicios de apoyo y salud ambiental.

La Enfermera Principal desempeña una función de liderazgo en su campo profesional en todo el territorio. También maneja al personal de enfermería y de apoyo del hospital y le

ofrece programas de educación y orientación sobre avance profesional. Está subordinada al Oficial Médico Principal en lo que respecta a asuntos técnicos. Para ayudar a esta profesional, se encomendó a un consultor que realizara un análisis del conjunto de destrezas y la asignación de los profesionales de enfermería; el informe de ese estudio es objeto de examen.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto público ordinario en el período 1991–1996 revela el aumento creciente del costo de la atención de salud en las Islas Turcas y Caicos. El costo real de los servicios de atención de salud para el Gobierno en 1995–1996 fue 42,3% mayor que en 1991–1992. El aumento se debe en gran parte al desarrollo de la infraestructura de salud en Providenciales, particularmente el nuevo centro de salud que comenzó a funcionar en 1994. Durante el período 1995–1996, el monto total del presupuesto asignado a la atención de salud fue de US\$ 4.340.652, casi \$1 millón más que en 1994–1995, cifra que representa 14,3% del gasto público total. En el mismo período, los ingresos totales fueron de \$179.100, 72% de los cuales provinieron de honorarios y tarifas por servicios médicos.

En lo que respecta a gastos de operación, la mayoría de los fondos se asignaron primero a servicios de atención médica, incluso en el hospital y todos los dispensarios, y luego a salud ambiental. Incluido el costo de los servicios prestados en el centro de salud de Providenciales, el presupuesto de operación para servicios médicos en 1995–1996 fue de \$1.619.674, un aumento de 27% en relación con 1994–1995. Cabe recalcar que esto se debió sobre todo al aumento de los fondos asignados al centro de salud de Providenciales, cuya gama de servicios se amplió. En el mismo ejercicio, el presupuesto de operación para servicios de salud ambiental fue de \$323.543, es decir, 21,6% más que el del año anterior.

ISLAS VÍRGENES BRITÁNICAS

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Las Islas Vírgenes Británicas constituyen un territorio dependiente del Reino Unido que goza de autonomía interna total ejercida por conducto de un Consejo Legislativo elegido democráticamente. El Gobierno está formado por un Consejo Ejecutivo que consta de un Ministro Principal y otros tres ministros. El Gobernador ejerce poderes de reserva en nombre de la Corona. No hay un sistema de gobierno local ni concejos municipales. En muchas de las islas más pequeñas habitadas, como Virgen Gorda, Jost Van Dyke y Anegada, se han nombrado funcionarios de distrito con responsabilidades administrativas.

Las dos actividades económicas principales son los servicios financieros y el turismo. El sector financiero se caracteriza por el registro de empresas internacionales; hay aproximadamente 200.000 empresas registradas en el territorio. Algunos proyectos de leyes presentados recientemente amplían el sector financiero para abarcar los fondos mutuales, registro de navíos, aseguradoras y sociedades en comandita. Hay 100 empresas de fondos mutuales registradas como empresas internacionales de negocios que administran más de 1.500 fondos con activos que superan los US\$ 55.000 millones, incluidos los fondos en fideicomiso. En 1996, el sector de los servicios representaba US\$ 55 millones, es decir, 49,1% del total de los ingresos percibidos por el gobierno.

El crecimiento del turismo, los proyectos de infraestructura del gobierno y la construcción de viviendas han impulsado la industria de la construcción. La actividad económica en estos sectores también ha llevado a la importación de mano de obra, principalmente de otros países del Caribe Oriental. En 1991 el desempleo se situaba en aproximadamente 3,6%.

El Gobierno depende de ingresos generados localmente y de préstamos para sufragar la mayoría de sus gastos ordina-

rios y de capital. También recibe subvenciones del Gobierno Británico, principalmente para asuntos de seguridad interna y relaciones exteriores, que son los ámbitos que abarcan los poderes reservados del Gobernador, y para apoyar el “buen gobierno”.

El nivel de la vivienda es bueno, con un promedio de cuatro ocupantes por unidad. Hay pequeños focos de pobreza en las dos principales zonas urbanas, Road Town y East End/Long Look. En 1994 se calculaba que 17,7% de la población vivía en situación de pobreza. Todavía no se han introducido en el territorio leyes de zonificación ni controles de desarrollo, por lo tanto coexisten en la misma zona lotes residenciales, comerciales e industriales.

Un sistema de seguro social obligatorio cubre a todos los trabajadores asalariados, y tanto empleados como empleadores aportan cuotas al sistema. Los trabajadores independientes también están obligados a matricularse en el plan. El plan de seguro social proporciona una amplia gama de beneficios para maternidad, lesiones laborales, desempleo, subsidio de vejez, enfermedad y para los sobrevivientes, y además otorga una subvención para gastos de entierro.

Las tasas de alfabetización son de aproximadamente 98,7% para las mujeres y 97,8% para los hombres. La asistencia escolar es obligatoria hasta los 15 años de edad. La escolaridad promedio es de 9,4 años por persona. Ha aumentado el número de centros preescolares establecidos. La Universidad de las Indias Occidentales tiene un centro en el territorio. El Centro de Educación Superior de la Comunidad de las Islas Vírgenes Británicas se ha rebautizado con el nombre de H. Lavity Stout Community College, y ocupa un nuevo recinto universitario en Paraquita Bay. Hay planes para ampliar este centro comunitario de educación superior que incluyen la reubicación del centro de la Universidad de las Indias Occidentales en el recinto de Paraquita Bay.

Gran parte del crecimiento de la población observado en el territorio ha resultado de las migraciones de nuevos trabajadores y sus familias, procedentes de otras partes del Caribe

Oriental. En 1995, la población era de 18.314 habitantes (51,5% hombres) y hubo 287 nacimientos.

Mortalidad y morbilidad

Un médico certifica todas las defunciones. Las que ocurren en un hospital se notifican directamente a la Oficina Nacional de Registro; las defunciones que ocurren en el hogar las notifican los jefes del registro civil distrital a la Oficina Nacional.

Entre 1992 y 1995 se notificó un promedio anual de 84 defunciones en las Islas Vírgenes Británicas. Cerca de 6% de ellas se clasificaron como causadas por enfermedades mal definidas. Las enfermedades del aparato circulatorio ocasionaron 36% y los tumores malignos 18% de todas las defunciones. Las causas externas produjeron 7% de las defunciones, las afecciones originadas en el período perinatal 8% y las enfermedades transmisibles, menos de 5% del total. No hubo ninguna defunción materna en el período examinado y, con 34 defunciones de lactantes, la tasa de mortalidad infantil para 1992–1995 fue de 28,7 por 1.000 nacidos vivos.

Más de 60% de todos los contactos de atención primaria de salud ocurren en el sector privado. El restante 40% ocurre en los consultorios distritales y en el departamento de urgencias del Hospital Peebles. Un número desconocido de personas también solicita atención primaria de salud en las vecinas Islas Vírgenes de los Estados Unidos. El sistema local de información sanitaria no capta los datos actuales del sector privado, excepto los relacionados con las enfermedades transmisibles. Como resultado, la única fuente general de datos confiables de morbilidad es la que puede derivarse de los registros de ingresos a los hospitales.

Entre 1992 y 1995, aparte de los nacimientos normales, la diabetes mellitus fue la primera causa de hospitalización en las Islas, con un promedio de 62 ingresos por año. El alcoholismo (en hombres), la hipertensión (principalmente en mujeres), la colelitiasis (en mujeres), los abortos, el asma y las lesiones fueron algunas de las otras causas importantes de hospitalización. En 1992 hubo brotes importantes de envenenamiento por consumo de moluscos y crustáceos.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

Entre los niños menores de 5 años ocurren pocos ingresos a los hospitales. En 1994, las causas principales fueron la amigdalitis (3 casos), la infección de las vías respiratorias (3 casos), la bronconeumonía (5 casos), el asma (6 casos) y las

hernias (3 casos). Las principales enfermedades en niños de hasta 12 años de edad que acudieron a los dispensarios distritales del Gobierno fueron las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas, las afecciones de la piel y los parásitos intestinales. Entre 1992 y 1994, la cobertura de vacunación para DTP, poliomielitis, MMR y BCG fue de 100%.

La salud del adolescente y del adulto

No hay ningún servicio destinado especialmente a los adolescentes, aunque se reconoce que es un grupo con necesidades especiales. Entre 1992 y 1995, los nacimientos de hijos de madres adolescentes representaron cerca de 10% del total de los nacimientos; en 1% de los nacimientos, las madres eran menores de 15 años.

Las lesiones y los accidentes afectan principalmente a la población adulta, en particular a los hombres jóvenes. Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen el problema de salud característico de los adultos. Las causas principales de hospitalización a lo largo del período fueron los trastornos mentales, la diabetes y la hipertensión. Para las mujeres, las complicaciones del embarazo y los trastornos ginecológicos fueron las causas principales de hospitalización. Entre los hombres mayores, el abuso del alcohol se asoció con lesiones de tránsito, violencia en el hogar y accidentes de trabajo.

La salud del adulto mayor

Las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares siguen siendo las causas principales de mortalidad y morbilidad entre los ancianos. La artritis también constituye un problema de importancia. Los informes distritales de enfermería revelan que en el período 1993–1995 los motivos principales de las visitas a domicilio, en orden descendente, fueron la diabetes, la hipertensión, la artritis, los accidentes y lesiones, la atención postoperatoria y las infecciones de las vías respiratorias.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

En 1995 hubo 34 casos confirmados de dengue. No se consignó ningún caso en 1994 y se confirmaron tres casos en 1993. El aumento registrado probablemente sea resultado de una mejor notificación, así como de un incremento de la población de mosquitos después de una estación muy activa de huracanes.

Entre 1992 y 1995 se notificaron 22 casos de infección por el VIH (13 fueron hombres, 7 mujeres y en 2 casos no se indicó el sexo). Durante el mismo período hubo 8 casos de sida (4 hombres y 4 mujeres), y 7 defunciones por esta causa (4

hombres y 3 mujeres). Los casos notificados llegaron al máximo en 1993 (9 casos), y disminuyeron a 4 casos en 1994 y a 5 casos en 1995. El contacto heterosexual constituye el modo principal de transmisión; el grupo de edad de 20 a 44 años es el que se encuentra en más alto riesgo de transmisión.

Entre los adultos, el alcoholismo es un factor que contribuye a la aparición de trastornos mentales. En las personas más jóvenes el uso de drogas ilícitas tiene una marcada correlación con los problemas psiquiátricos.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La política gubernamental dispone que el sector salud, tanto público como privado, preste servicios que sean lo más integrales posible usando los recursos disponibles. Los servicios gubernamentales centran su atención en brindar atención de salud a los niños, los ancianos, los enfermos mentales y los discapacitados. El Gobierno es el proveedor principal de servicios médicos y quirúrgicos para casos agudos. Las actividades y las políticas de salud hacen hincapié en la promoción de la salud. Las Islas Vírgenes Británicas no han formulado un plan de salud; sin embargo, las prioridades de salud del Gobierno son mejorar los servicios hospitalarios, fortalecer los servicios públicos de atención primaria de salud y mejorar todos los aspectos de la salud ambiental, incluida la gestión de los desechos sólidos.

De conformidad con la Ley de Salud Pública de 1976, que aporta el marco legal para proteger y promover la salud de la población, los servicios de salud del Gobierno son gratuitos en el lugar donde se prestan para ciertos grupos, en especial para los escolares de tiempo completo, las madres lactantes, los ancianos, los enfermos mentales, los trabajadores de salud, los bomberos, la policía, los prisioneros y los oficiales de prisiones.

La reforma del sector salud

El Gobierno del Reino Unido financió un proyecto de ajuste del sector salud en los años noventa que abarcaba cuatro territorios del Caribe dependientes de Gran Bretaña, incluidas las Islas Vírgenes Británicas. El proyecto fue administrado por la Keele University en el Reino Unido, institución que designó dos asesores de tiempo completo especializados en el desarrollo del sector salud para trabajar en el Caribe. Además, el proyecto contrató consultores para evaluar temas como la información sanitaria, el plan de gestión de desechos sólidos, los servicios de salud mental y los servicios para enfermos crónicos y terminales. En 1995 el Gobierno aceptó

propuestas para reestructurar la gestión en el Ministerio y en el Departamento de Salud Pública, los que están en proceso de ejecución.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El Ministerio de Salud, Educación y Bienestar es responsable de prestar servicios sociales y de salud pública, así como del seguimiento y la reglamentación de los proveedores de salud del sector privado. Las decisiones políticas las toma el Ministro en consulta con el Director de los Servicios de Salud y el Secretario Permanente. El Director de los Servicios de Salud está a cargo de la gestión diaria y la planificación de los servicios de salud. El Secretario Permanente se encarga de la administración de la sede central del Ministerio y apoya al Ministro en sus funciones políticas.

El Departamento de Salud Pública se encarga de la administración de los servicios de salud del Gobierno. El Departamento está organizado en servicios hospitalarios y de atención primaria de salud; cada uno está encabezado por un gerente superior que rinde cuentas al Director de los Servicios de Salud. La responsabilidad presupuestaria incumbe a los jefes de las unidades respectivas.

La Ley de Ejercicio de la Medicina, que actualmente está en revisión, estipula el registro de los médicos y de ciertos profesionales afines. Hay una Ley de Enfermería separada que prevé la certificación de los profesionales de enfermería.

El territorio cuenta con un fuerte sector privado de salud, que abarca tanto la atención de los enfermos hospitalizados como la ambulatoria. Muchos residentes también salen de las islas en busca de atención de salud, principalmente a las Islas Vírgenes de los Estados Unidos de América o a Puerto Rico, ya sea por propia elección o por necesidad, debido a que la atención especializada que necesitan no se encuentra en el país. Los residentes de las Islas Vírgenes Británicas también tienen acceso a la atención de especialistas en el Reino Unido, atención que se organiza por conducto de la División Internacional del Departamento de Salud del Reino Unido.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Servicios de salud materno-infantil. El Departamento de Salud tiene los siguientes objetivos en lo referente a la atención prenatal: iniciarla para 90% de las mujeres embarazadas hacia la decimosexta semana del embarazo; lograr la cobertura de 90% de todas las mujeres embarazadas, con un mí-

nimo de 10 visitas prenatales; hacer que 95% de los partos ocurran en el hospital; asegurar que toda mujer con complicaciones o riesgos conocidos para su salud reciba la atención que exige su situación, y lograr la cobertura con toxoide tetánico de 90% de todas las mujeres embarazadas.

Se insta a las mujeres embarazadas a que busquen atención prenatal en los dispensarios distritales o de médicos privados. Todas las mujeres embarazadas son enviadas al consultorio del hospital hacia la decimosegunda semana del embarazo; allí un obstetra efectúa evaluaciones integrales para identificar los casos de alto riesgo. Se evalúan los niveles de hemoglobina, se trata la anemia, se hacen las pruebas VDRL y se administra el toxoide tetánico. Todas las mujeres embarazadas son enviadas al Hospital Peebles para el parto. Entre 1992 y 1995 hubo 1.208 partos en hospitales, un promedio anual de 302.

Los dispensarios distritales prestan una amplia gama de servicios de salud infantil, incluidos la vigilancia del crecimiento y la nutrición, la evaluación del desarrollo, el tratamiento de las enfermedades comunes, asesoramiento, salud escolar, exámenes de la vista y la audición, y detección de la anemia, incluida la anemia drepanocítica. A todos los estudiantes se les practica un examen físico completo antes de ingresar a la escuela secundaria.

La escuela Fort Charlotte es un establecimiento de 12 plazas para niños con necesidades especiales, dependiente del Ministerio de Educación. Los matriculados en la escuela incluyen a niños con síndrome de Down, parálisis cerebral, discapacidad física, autismo y trastornos deficitarios de la atención. La escuela tuvo un promedio de 10 alumnos durante el período en consideración.

Planificación familiar. Ha habido amplias fluctuaciones en la matrícula de los servicios de planificación familiar. En 1991 había 1.764 inscritos, cifra que aumentó a 3.606 en 1992, descendió a 2.542 en 1993 y volvió a bajar a 1.431 en 1994. Los condones se obtienen en muchos puntos de venta en el territorio; por conducto de los dispensarios se distribuyeron unos 1.500. En 1994, 56% de los inscritos escogieron anticonceptivos orales, 40% eligieron las inyecciones, y 1,5% optaron por el DIU. Menos de 0,5% de los participantes en el programa eligieron el diafragma y la ligadura de las trompas.

Prevención del sida. Las Islas Vírgenes Británicas tienen un Comité Nacional sobre el Sida, de carácter intersectorial. Toda la sangre para transfusiones se examina para detectar el VIH. La educación de la comunidad es una estrategia nacional clave para combatir el sida y ha habido numerosas campañas y una estrategia congruente en los medios de comunicación para mantener la toma de conciencia sobre la enfermedad.

Control de las enfermedades crónicas no transmisibles. La diabetes y la hipertensión se sitúan entre las principales

cinco causas de muerte y de ingresos a los hospitales, de asistencia a consultorios y de visitas a domicilio por las enfermeras distritales. El Ministerio de Salud, juntamente con la Asociación contra la Diabetes, ha emprendido varias iniciativas importantes para controlar estas enfermedades. Entre ellas se encuentra la educación pública y un mejor asesoramiento clínico para los diabéticos y sus familias. Hay protocolos para el control de las personas con diabetes e hipertensión, y en Tórtola hay consultorios para diabetes e hipertensión en Road Town, East End, Capoons y Carrot Bay. En Virgen Gorda hay consultorios para hipertensión y diabetes en las ciudades de North Sound y The Valley. En 1993 hubo unas 1.800 visitas a consultorios por ambos trastornos en todo el territorio y 1.978 visitas en 1994.

Salud mental. Los trastornos mentales, incluido el alcoholismo, las psicosis inducidas por drogas, las psicosis no especificadas y la esquizofrenia han sido las principales causas de hospitalización durante los últimos 10 años. El centro comunitario de salud mental ubicado en Road Town presta la mayor parte de la atención ambulatoria en el territorio. El enfoque aplicado asigna particular importancia al tratamiento de los individuos en su comunidad, incluida la vigilancia y la administración de medicamentos, los servicios de orientación familiar y la promoción del autocuidado. El personal del centro de salud mental visita el hospital, la prisión y el hogar geriátrico, según sea necesario. En 1991 hubo cerca de 1.873 contactos de pacientes, 1.001 en 1993 y 1.566 en 1994. La mayoría de los pacientes recibieron atención semanal en consultorios y sesiones de consultas sin cita previa. Desde 1993, la razón hombre/mujer de quienes acuden a los servicios de salud mental ha sido 2:1.

Los pacientes psiquiátricos son admitidos al pabellón médico del Hospital Peebles, arreglo que es insatisfactorio desde el punto de vista clínico. Hay solo dos habitaciones que ofrecen seguridad en el pabellón médico y los pacientes que no causan desestabilización se admiten en el pabellón médico general. No hay ninguna enfermera psiquiátrica entre los miembros del personal y los locales están sobrecargados.

En 1995 se inauguró un centro de rehabilitación para drogadictos a poca distancia del centro comunitario de salud mental. El centro de rehabilitación atendió a 90 personas durante 500 visitas en 1995–1996. Una vez que empezó a funcionar, se amplió el mandato del centro para abarcar todo tipo de abuso de sustancias, la violencia en el hogar y los problemas de maltrato de menores.

Salud ambiental. La División de Salud Ambiental forma parte del Departamento de Salud. El Departamento de Residuos Sólidos rinde cuentas directamente al Secretario Permanente del Ministerio de Salud, Educación y Bienestar. Varios otros ministerios y departamentos también participan en los asuntos de salud ambiental, en especial el Departamento de

Conservación y Pesca, el Departamento de Agricultura del Ministerio de Trabajo y Recursos Naturales, y el Departamento de Agua y Alcantarillado que depende del Ministerio de Comunicaciones y Obras Públicas. Se está considerando transferir la responsabilidad del abastecimiento de agua a la Empresa de Electricidad, que actualmente produce una cantidad sustancial de agua potable y la vende directamente al público.

La División de Salud Ambiental se encarga de la higiene alimentaria, la lucha antivectorial, vigilancia de la calidad del agua, higiene institucional, mantenimiento de los servicios públicos en Tórtola y Virgen Gorda, y la investigación de las quejas por problemas tales como las fosas sépticas, los roedores y los vehículos abandonados. El grueso del presupuesto de la División no destinado a sueldos se asigna a las actividades de lucha antivectorial, que incluyen principalmente los esfuerzos para reducir la población de mosquitos *Aedes aegypti* a un nivel en que los riesgos de la transmisión del dengue se reduzcan al mínimo. Las medidas de control usuales son la fumigación, el vertido de petróleo sobre la superficie de aguas estancadas y el suministro de peces larvívoros. Durante 1995 tuvieron lugar cuatro ciclos de tratamiento e inspección. El índice logrado en las viviendas fue de 5,4%, que es equivalente a la cifra de 5% alcanzada en 1992. Hubo mayor demanda de cebo para ratas, pero el Gobierno no ha asignado fondos para esta finalidad. En 1995 se gastaron US\$ 6,40 per cápita en las actividades de lucha antivectorial.

Inocuidad de los alimentos. El programa de higiene alimentaria inspecciona los locales de manipulación de alimentos e imparte adiestramiento al personal que participa en esas labores. Todos los manipuladores de alimentos están obligados a someterse a exámenes físicos, a pruebas de laboratorio, incluidas las pruebas de la tuberculosis y VDRL, y a exámenes de materia fecal para detectar parásitos y huevos. En 1995, 90% de los establecimientos cumplían con los requisitos de la higiene alimentaria.

Agua potable. Todos los hogares tienen acceso al agua potable, que se suministra principalmente utilizando agua de lluvia recogida en cisternas domésticas. El agua corriente la suministra el Departamento de Agua y Alcantarillado, y se obtiene principalmente de varias fuentes de aguas subterráneas y de una planta de desalinización. En Tórtola, el suministro de agua solo llega a Road Town y a sus alrededores; se están instalando tuberías para ampliar el suministro hacia el este a lo largo de Ridge Road y ya hay planes para la ampliación adicional del sistema.

El Departamento de Agua y Alcantarillado vigila la calidad del agua que produce, así como lo hace la División de Salud Ambiental. La calidad del agua y los programas de higiene institucional de la División se ocupan de la vigilancia del abastecimiento de agua y aseguran el mantenimiento de un

nivel básico de saneamiento en instituciones públicas tales como escuelas, centros de educación preescolar, guarderías infantiles y consultorios. La calidad bacteriológica del abastecimiento público de agua se vigila por lo menos una vez cada dos meses, se examina el agua de las cisternas y se certifica a los empleados de las empresas embotelladoras de agua. A finales de 1995 la División recibió un laboratorio portátil que le permite hacer sus propias pruebas para detectar la presencia de coliformes fecales. El Departamento de Conservación y Pesca, en colaboración con el Departamento de Agua y Alcantarillado, vigila el agua en las áreas recreativas.

Contaminación. La contaminación del mar y de la tierra sigue siendo un problema. Las principales fuentes de contaminación son el aceite usado de motor, los efluentes de fosas sépticas, la basura, la escorrentía superficial, las baterías viejas, y los productos químicos comerciales y de uso en el hogar. Algunos yates, dársenas para embarcaciones menores, hoteles, negocios y residencias costeras siguen descargando en el mar aguas residuales sin tratar. El aumento del número de embarcaciones de crucero representa una amenaza más de contaminación del agua e intensifica la demanda de servicios de evacuación de residuos sólidos.

Solo cerca de 7% de los hogares (400) están conectados al sistema de alcantarillado, y la mayoría de ellos dependen de fosas sépticas; 4% de las viviendas no tienen inodoros adecuados. El mal funcionamiento de los sumideros debido a la mala permeabilidad del suelo sigue planteando graves problemas, en particular, en las comunidades donde se han construido grandes edificios de departamentos.

Eliminación de residuos sólidos. El Departamento de Residuos Sólidos se encarga de la recolección y evacuación de los residuos sólidos, el funcionamiento del incinerador de Pond Pockwood en Tórtola, la limpieza de calles y carreteras, el mantenimiento de las cunetas, la limpieza de barrancos y el embellecimiento de los paseos públicos. El Departamento ya no se encarga de la evacuación de los desechos líquidos, pero la transferencia de esta responsabilidad todavía está bajo consideración. El Departamento controla un presupuesto anual de US\$ 2 millones y tiene 8 empleados a sueldo y 55 jornaleros.

En todas las principales islas habitadas, excepto en Tórtola, se utiliza una combinación de relleno sanitario e incineradores a cielo abierto. Los residuos sólidos son recogidos por contratistas privados y trabajadores empleados directamente por el Departamento de Residuos Sólidos. El Gobierno cubre el costo de la recolección y la evacuación de los residuos sólidos, aunque algunos propietarios de inmuebles contratan y pagan a empresas privadas de recolección. No se cobra ninguna tarifa ni impuesto por el vertido de desechos sólidos. Aunque se considera que los servicios son buenos, tal vez en

el futuro resulte necesario reciclar el vidrio para evitar limitaciones de la capacidad del incinerador y para prolongar la vida del relleno sanitario. Los desechos peligrosos y especiales se eliminan en el incinerador en Tórtola.

Existe la necesidad de contar con un relleno sanitario de largo plazo para Tórtola y estudiar la aplicación de métodos alternativos de gestión para reducir el grueso de los desechos y aumentar el reciclaje. Deben formularse más normas y establecer un sistema mejor para la recolección y evacuación de desechos peligrosos o especiales.

Promoción de la salud. La División de Educación Sanitaria del Departamento de Salud Pública se encarga de la mayor parte de las actividades formales de promoción de la salud emprendidas en las Islas Vírgenes Británicas. Lleva a cabo las actividades de educación para la salud, relaciones públicas y comunicación pertinentes a los asuntos de salud; además, brinda apoyo técnico a otras dependencias del Departamento de Salud y a ciertas organizaciones no gubernamentales. La División utiliza programas de radio, publicidad, presentaciones de videos, materiales impresos, comunicados de prensa, contactos con la prensa y presentaciones audiovisuales para los programas destinados al público en general y a grupos destinatarios. Un educador superior especializado en salud, otro educador en salud, un especialista en comunicaciones y un técnico audiovisual constituyen el personal de la División. Las prioridades para la División son la prevención y el control del sida y otras enfermedades de transmisión sexual, el cáncer, las enfermedades del corazón y la diabetes. El Consejo Nacional Asesor sobre Drogas y su rama de servicios lleva a cabo las actividades de promoción de la salud en materia de disminución de la demanda de drogas. El Departamento de Residuos Sólidos también ejecuta actividades de promoción de la salud relacionadas con su esfera de responsabilidad.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

El primer nivel de atención pública de salud es el dispensario distrital. Los dispensarios distritales dependen del Centro de Salud de Road Town y el Hospital Peebles, ubicados en el mismo recinto en Road Town. La población que asiste a los dispensarios distritales varía de 141 personas en la clínica Jost van Dyke a 9.106 personas en el Centro de Salud de Road Town en Tórtola. Esta cifra aumenta con los turistas y los residentes temporales, como por ejemplo las personas que viven en yates. El centro de salud de Road Town sirve como punto de referencia para los dispensarios distritales e incluye un servicio de planificación familiar. Se está adiestrando a las enfermeras de salud pública para adoptar responsabilidades

de planificación familiar a nivel distrital. Otros establecimientos de atención primaria de salud incluyen un centro de tratamiento para drogadictos, un centro comunitario de salud mental y una unidad odontológica; todos ellos prestan servicios que, por lo general, no se encuentran en los dispensarios distritales. El centro de tratamiento de la drogadicción y el centro de salud mental funcionan en Road Town.

La isla Virgen Gorda tiene dos dispensarios. El dispensario en The Valley puede ampliar el alcance de sus servicios. El dispensario situado en North Sound atiende a una población de 582 personas; tiene una cama y una enfermera residente. Un médico con dedicación exclusiva, una enfermera de salud pública, una partera, el responsable de salud ambiental y varias enfermeras auxiliares atienden en Virgen Gorda. Los dispensarios en Jost van Dyke y Anegada tienen enfermeras residentes y un médico que hacen visitas semanales y dos veces por semana, respectivamente, a las dos islas. Los médicos con consultorios privados en Tórtola también visitan a Virgen Gorda, Jost van Dyke y Anegada.

Todos los dispensarios organizan sesiones de consulta con médicos visitantes. En 1994 se realizaron 293 sesiones clínicas para 3.984 asistentes (un promedio de 14 pacientes por sesión). En las sesiones con médicos visitantes se atiende principalmente a ancianos y otras personas a quienes se exime del pago de honorarios. Las causas principales de las visitas de adultos a los dispensarios, en orden de importancia, fueron la diabetes, la hipertensión, la artritis, los accidentes y las lesiones, las curaciones y las infecciones de las vías respiratorias.

El Hospital Peebles de Tórtola, que tiene 50 camas (44 camas en funcionamiento), es el proveedor principal de atención secundaria y está administrado por el Gobierno. Ofrece hospitalización para casos de atención quirúrgica, obstétrica, médica, pediátrica y psiquiátrica. Todas las áreas de servicio están cubiertas por médicos locales, salvo la de psiquiatría que es atendida a tiempo parcial por un consultor en psiquiatría procedente de Barbados. La atención ambulatoria en el hospital incluye atención de urgencia y varios consultorios que prestan servicios médicos y de cirugía, pediatría, oftalmología, dermatología y obstetricia. El apoyo clínico incluye servicios de fisioterapia, radiografía y laboratorio. En 1995 hubo 1.918 visitas de pacientes ambulatorios, 17.168 visitas al servicio de urgencias y 1.423 ingresos hospitalarios. La tasa de ocupación (sobre la base de 44 camas) fue de 51% y la estancia hospitalaria promedio fue de cinco días.

El Centro de Salud Mental de la Comunidad presta servicios psiquiátricos ambulatorios. La Casa Adina Donovan, adyacente al Hospital Peebles, es un establecimiento residencial para ancianos, administrado por el Ministerio de Salud, Educación y Bienestar.

Un dentista, dos enfermeras dentales y un higienista dental atienden la unidad odontológica con tres sillones del Go-

bierno de Road Town. Hay un consultorio odontológico con un sillón en Virgen Gorda y uno en Anegada, donde se prestan servicios una vez por semana y una vez por mes, respectivamente. Los servicios gubernamentales de salud oral atienden principalmente a los niños; el oficial odontólogo de tiempo parcial trata a adultos en consultorios privados, dividiendo los honorarios con el Ministerio. En 1994 se gastaron US\$ 112.000 en los servicios odontológicos públicos. No se conoce ningún índice de dientes cariados, obturados o perdidos (CPO-D) para el territorio.

El sector privado de salud es activo y está bien establecido. En una clínica de ocho camas se hace cirugía reconstructiva, general y de la mano y, durante el período considerado, se atendió a un promedio anual de 354 pacientes. Hay dos clínicas odontológicas privadas en Road Town. El volumen de trabajo dental en el sector privado fue de unos 18.000 tratamientos por año; en el sector público, el volumen de tratamientos dentales fue de 2.182 en 1991, y pasó a 5.000 en 1993. El centro de la visión realizó 1.500 consultas en 1992 y 2.500 en 1993. Además, hay varios centros de servicios médicos privados; los dos más grandes están ubicados en Road Town y uno tiene una división en Virgen Gorda. Ambos centros tienen una farmacia y equipos de diagnóstico para mamografía, ultrasonido y rayos X. También prestan una amplia gama de servicios de medicina familiar, lo que incluye un horario extendido de atención para el tratamiento de las personas que llegan sin cita. Hay por lo menos dos médicos privados que trabajan a tiempo parcial en consultorios individuales; un quiropráctico de tiempo completo y entre 8 y 12 médicos tradicionales que trabajan cobrando una tarifa según los servicios prestados.

Se calcula que durante el período 1991–1993, entre 55% y 60% de los contactos de atención primaria de salud ocurrieron en el sector privado y que, para algunas especialidades como la oftalmología y la gastroenterología, alrededor de 90% de la atención se prestó en el sector privado. La distribución de las pruebas de laboratorio, las prescripciones y las imágenes de diagnóstico sigue este modelo.

Los servicios especializados se prestan mediante el envío de casos a instituciones en el extranjero (Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Puerto Rico y el territorio continental de los Estados Unidos). La persona paga generalmente por esta atención pero, en algunos casos, el seguro de salud de la empresa donde trabaja, las pólizas de seguro de salud personal o las disposiciones relativas a lesiones en la industria del esquema de seguro social cubren los costos. La Junta de Seguro Social sistemáticamente ha otorgado subvenciones al Departamento de Salud para ampliar el alcance de los servicios locales, para que un mayor número de personas que sufren lesiones relacionadas con el lugar de trabajo puedan recibir tratamiento sin tener que salir de la isla.

Recursos humanos

Los asistentes de enfermería reciben adiestramiento local. En 1994 se inició un programa para la obtención de un diploma en enfermería en el Centro de Educación Superior de la Comunidad, en colaboración con el Hocking College, de Ohio (Estados Unidos). Otro tipo de capacitación profesional se lleva a cabo en otros países del Caribe, los Estados Unidos o el Reino Unido. El personal de salud también participa en los programas locales de desarrollo de personal organizados por el Departamento de Salud y la División de Capacitación del Gobierno. También aprovechan los programas impartidos por los establecimientos de educación a distancia de la Universidad de las Indias Occidentales.

Se sigue dependiendo en gran medida de enfermeras y médicos nacidos y formados en otros países. Las enfermeras tienden a venir del Caribe y los médicos de otros lugares más alejados. Los extranjeros suelen recibir contratos de dos años y se observa una elevada rotación del personal extranjero.

Gasto y financiamiento sectorial

Los servicios de salud pública son financiados casi en su totalidad por el Gobierno. En general, las tarifas que pagan los usuarios sirven para cubrir apenas 5% de los costos de operación del hospital, la atención primaria de salud y los servicios de evacuación de residuos sólidos. En 1991, los gastos de los servicios de salud pública fueron de US\$ 5,96 millones, de los cuales 58% correspondieron a los servicios hospitalarios, 22% a la atención primaria de salud y 18% a la gestión de los residuos sólidos. Para 1994 la cifra total había aumentado a US\$ 10 millones; los servicios hospitalarios representaban 64% de los gastos, la atención primaria de salud 18% y la gestión de los residuos sólidos 16,8%. Según el análisis financiero del sector salud, se calculaba que en 1993 el sector público representaba aproximadamente 51% de los gastos de atención de salud en el territorio. No hubo ningún gasto de capital significativo en el sector salud durante el período en estudio.

En el sector privado, las primas de seguro de salud pagadas por los empleadores, incluido el Gobierno, las empresas paraestatales y los empleadores del sector privado, representaron 21% de los gastos. Los pagos directos a los profesionales representaron 9% de los desembolsos de salud del sector privado, los medicamentos y los accesorios dentales y ópticos, 12%; los honorarios pagados a los profesionales tradicionales, 1%, y los honorarios pagados a los proveedores del Gobierno, 2%. No se hizo ningún cálculo de la cantidad gastada por la población en servicios de atención de salud recibidos fuera de la isla.

Las primas de seguro de salud se han constituido en una parte creciente del gasto en el territorio. Todo los empleados gubernamentales y paraestatales pueden participar en seguros colectivos de salud. Muchas empresas privadas también los ofrecen como un beneficio. La razón de las primas con respecto a los reclamos para los planes

de seguro para empleados gubernamentales y paraestatales es de 4:1 o peor. En otras palabras, 25% o menos de los reclamos son cubiertos por las primas pagadas. Estos pagos representan un desembolso financiero considerable, mientras que es escasa la oferta de mejores servicios locales.

JAMAICA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Jamaica es una isla de 10.991 km² situada a unos 885 km al sur de Miami (Estados Unidos de América) y a 145 km al sur de Cuba. Es la más extensa de las islas de la Mancomunidad del Caribe de habla inglesa y ocupa el tercer lugar entre las más extensas de la región. Se divide en 14 condados y tiene dos importantes centros urbanos, a saber, Kingston en la costa del sudeste y Montego Bay en la del noroeste.

Jamaica, estado independiente de la Mancomunidad de Naciones desde 1962, es gobernada por una democracia parlamentaria basada en el modelo de Westminster/Whitehall. El Parlamento está formado por un Gobernador General que representa a la Corona Británica y una legislatura bicameral. El Gabinete de Ministros es el brazo ejecutivo del Gobierno, encabezado por un Primer Ministro.

Su economía se ha basado siempre en la agricultura y sus principales exportaciones son azúcar, banano y frutas cítricas. Durante el decenio de 1960 la explotación de bauxita adquirió mayor importancia como fuente de divisas y sobrepasó al sector agrícola. Con la baja de los precios mundiales del aluminio a partir de los años ochenta, el turismo ha reemplazado a la industria de la bauxita como principal fuente de moneda fuerte. En 1995 los ingresos brutos en divisas provenientes del sector de turismo alcanzaron un monto estimado de US\$ 965 millones, cifra 5% mayor que la de 1994.

En 1995 la balanza de pagos mostró un superávit de US\$ 21,8 millones, pero en la actualidad presenta un déficit de US\$ 224 millones. Como resultado de las fluctuaciones del tipo de cambio, el dólar estadounidense alcanzó un valor de J\$ 39,80 en 1995, que se redujo a J\$ 34,70 en 1997. Los precios al consumidor aumentaron 25,5% a fines de 1995. Las exigencias de aumento salarial fueron un factor contribuyente a ello.

En 1995 se introdujeron medidas especiales para tratar de controlar la fluctuación del dólar y desacelerar la inflación.

Entre esas medidas cabe citar un aumento de las tasas de interés de los pagarés del Tesoro, una mayor austeridad fiscal para poder lograr un superávit de 3% del PIB en el sector público, la venta de divisas por el Banco de Jamaica al sistema bancario y la realización de un programa especial de depósito con fines de control de la liquidez.

A fines de 1996 Jamaica tenía una población de 2.527.600 habitantes. La tasa de crecimiento se estima en 1,0, un poco menor que la de 1,2 registrada el año anterior. En 1990 la esperanza de vida al nacer fue de 73,6 años: 69,6 para los hombres y 72,9 para las mujeres. Los hombres representaron 49,7% de la población y las mujeres, 50,3%. La proporción de la población menor de 15 años se redujo de 38,4% en 1982 a 34,3% en 1991.

La tasa de mortalidad infantil ha mostrado una marcada mejora en los últimos siete años y se redujo de 29,8 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 23,8 en 1996. La tasa de mortalidad materna fue de 10,2 por 10.000 mujeres en 1994. La tasa bruta de natalidad fue de 22,8 y la de defunción, de 5,9 por 1.000 habitantes. La relación de dependencia en 1995 fue de 722 por 1.000 personas, un poco mayor que en 1994 cuando alcanzó una cifra de 719. La tasa de fecundidad total fue de tres hijos por mujer en 1995. La Encuesta de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos realizada en 1993 con mujeres de 15 a 44 años de edad demostró que la fecundidad era mayor en el grupo de 15 a 29 años.

En la actualidad las principales causas de defunción son las enfermedades crónicas no transmisibles; en 1991 fueron los tumores malignos, las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes. La tasa bruta de defunción mostró una marcada reducción de 8,9 por 1.000 habitantes en 1960 a 5,4 en 1992. La tasa de defunción por 100 egresos hospitalarios fue de 4,37 en 1995.

El número de visas de inmigración a los Estados Unidos expedidas a jamaicanos en 1995 fue de 14.239, en comparación con 10.681 en 1994. En total, emigraron 3.577 personas al Canadá en 1995, en comparación con 3.731 en 1994. El

Reino Unido expidió certificados de entrada a 242 jamaíquinos en 1995, en comparación con 334 en 1994.

Los datos correspondientes a 1996 indican que en los últimos tres años ha habido un importante aumento del número de personas que emigraron de las zonas agrícolas de la región occidental de Jamaica a los centros urbanos y que ahora vuelven a sus "raíces rurales". Esta "migración a la inversa" puede estar vinculada a la continua intensificación de la violencia y al aumento del costo de vida en los centros urbanos.

El índice de gravedad de la pobreza aumentó de 3,9 en 1989 a 4,4 en 1992 y alcanzó un máximo de 6,6 en 1991. Además, 22% de las personas empleadas se situaron por debajo de la línea de pobreza en 1993. La pobreza ya no guarda relación exclusivamente con el desempleo. Ha surgido una nueva categoría: los trabajadores pobres. En realidad, se observó una tendencia descendente en el empleo en el período 1991-1994. En ese período, el desempleo de los hombres se mantuvo estable en 9,4%-9,5%, pero el de las mujeres se redujo ligeramente de 22,8% a 21,8%. A pesar de los menores índices de desempleo, se estima que 28,2% de la población vivía en la pobreza en 1993, lo que representa un aumento en comparación con 27,6% en 1989. Todos los indicadores extra-oficiales dejan entrever la posibilidad de que en 1994 esa cifra tuvo otro aumento considerable.

El desempleo de personas de 15 a 29 años de edad varió entre 20% y 31% en todo el país. En Kingston, la tasa fue de 25,8%, cifra bastante aproximada al promedio nacional de población en ese grupo de edad. Con respecto a la educación, los datos de 1996 muestran un promedio nacional de 31% de personas de 15 a 29 años con estudios de primaria; en Kingston, ese valor fue solo de 17,2%.

La Encuesta de las Condiciones de Vida realizada en 1994 indicó una baja de 10,6% del consumo per cápita medio (y real) en el período 1990-1993. La reducción fue de 14,4% en la zona metropolitana de Kingston y de 16% en otras ciudades.

El Gobierno de Jamaica ha expresado claramente su intención de erradicar la pobreza y ha realizado proyectos para aliviarla. Se han realizado proyectos destinados a resolver los problemas de salud, sobre todo en los campos de nutrición y del medio ambiente. En 1995 cerca de 40.000 personas recibieron asistencia en materia de nutrición. Los proyectos ambientales realizados en la región centro-este y sur de St. Andrew se destinan a mejorar el estado de salud de los barrios pobres del corazón de las ciudades. Se han construido y reparado inodoros e instalado y rehabilitado varias fuentes públicas de abastecimiento de agua en esas comunidades.

Los condados con grandes centros urbanos, incluso Kingston-St. Andrew, St. Catherine (Portmore y Spanish Town) y St. James (Montego Bay), tuvieron calificaciones superiores al promedio nacional con respecto a todos los indicadores. En St. Andrew, aproximadamente 70% de las familias tienen servicio de acueducto, pero 40% carece de instalaciones sanita-

rias propias. No obstante, en Kingston, alrededor de la mitad de las familias carecen de conexiones de acueducto y 60% de instalaciones sanitarias propias, cifra sumamente alta para el principal centro urbano del país. Según la Unidad de Planificación y Evaluación del Ministerio de Salud, 84% de los jamaíquinos tienen acceso a agua potable.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño y del adolescente

Según la Encuesta Económica y Social, a fines de 1995 la prevalencia de malnutrición en la población de 0 a 35 meses de edad era de 5,64% y, de esa cifra, 5,22% sufrían malnutrición moderada y 0,42%, grave. Esta es una leve mejora en comparación con 1994. El programa de alimentación suplementaria, que distribuye suplementos de alto contenido energético de fabricación local a los niños malnutridos por medio de los dispensarios, ha mejorado la eficacia del proceso de intervención en nutrición al acelerar el aumento de peso y reducir el período de rehabilitación completa de los niños malnutridos.

En 1991 se diagnosticaron complicaciones perinatales a 2.317 personas egresadas del hospital, lo que representa 2,1% del total de egresos y 9,5% por 10.000 habitantes. Las afecciones perinatales representaron 44% del total de años de vida perdidos por causa de mortalidad prematura en el grupo menor de 5 años de edad y 36% del total de años de vida ajustados por discapacidad en niños pequeños. El empeño puesto por el Programa de Control de las Enfermedades Diarreicas ha permitido mantener las tasas de letalidad y mortalidad por diarrea en los niños en menos de 1%. Después de las afecciones perinatales, las anomalías congénitas ocupan el segundo lugar entre las causas de mortalidad infantil. Los principales factores que afectan a la supervivencia infantil en el período neonatal (hasta los 28 días) son el peso al nacer y la calidad de la atención prenatal y perinatal.

A fines de 1995 un promedio de 51,7% de los niños atendidos en los dispensarios de atención posnatal recibían lactancia exclusiva. Esa es la misma cifra de 1994, pese a la acelerada promoción de la lactancia materna.

Las principales causas de hospitalización de los niños menores de 1 año en 1991 fueron las afecciones relacionadas con el período perinatal y la gastroenteritis (por ejemplo, diarrea), seguidas de las infecciones respiratorias. La hospitalización por causa de infecciones respiratorias ocupó el primer lugar en el caso de los niños de 1 a 4 años de edad, seguida de la ocasionada por traumatismos y envenenamientos y gastroenteritis. En 1991 las afecciones perinatales representaron

33% de los egresos de niños menores de 1 año de los hospitales públicos; la neumonía, la bronquitis, el enfisema y el asma contribuyeron con 10%; otras enfermedades del aparato respiratorio, 8%; los traumatismos y envenenamientos, 4%; la gastroenteritis, 13%, y las demás afecciones, 32%.

En los últimos cinco años ha aumentado constantemente la cobertura de inmunización de los niños menores de 1 año. Se ha logrado cobertura universal con la vacuna BCG y de más de 90% con las vacunas contra la poliomielitis (OPV) y la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT).

Todos los condados han logrado una cobertura de inmunización de 80%, excepto en el caso del sarampión. En 1995 se realizaron actividades especiales de vigilancia del sarampión y una campaña de vacunación antisarampionosa destinada a los niños de 1 a 10 años de edad. Los programas de inmunización se han visto afectados por ciertos problemas logísticos, incluso falta de personal de atención de salud, suministros, equipo y transporte.

Los envenenamientos, los accidentes y la violencia son la principal causa de morbilidad y mortalidad de los niños de 5 a 14 años de edad, como se observa en los informes de egreso de los hospitales públicos. En 1994 se inició el Programa Paz y Amor en las escuelas primarias para enseñar técnicas de resolución de conflictos a maestros y estudiantes y fomentar la convivencia pacífica en las escuelas y la comunidad en general.

Se observa también prevalencia de enfermedades del aparato respiratorio, incluso influenza, neumonía, bronquitis, enfisema y asma; infecciones intestinales, y enfermedades inmunoprevenibles en el grupo de 5 a 14 años de edad. La anemia y la malnutrición son también motivo de preocupación. Según la Encuesta de las Condiciones de Vida, en 1994, 16% de los adolescentes entrevistados del grupo de 10 a 14 años estaban anémicos y tenían concentraciones de hemoglobina inferiores a la norma aceptada de 12 g/dl para los hombres y de 15 g/dl para las mujeres.

Los traumatismos y envenenamientos ocasionaron 34,6% de los egresos de los hospitales públicos en el grupo de 5 a 14 años de edad; la neumonía, la bronquitis, el enfisema y el asma, 8,5%; la apendicitis y la hernia, 3,8%; las afecciones del aparato genitourinario, 4,8%; las complicaciones del embarazo, 4,1%, todas las demás afecciones, 42,4%.

Una encuesta sobre el tabaquismo publicada por la Asociación Médica de Jamaica en 1994 mostró que 20% de los hombres fumadores entrevistados en 1993 habían adquirido el hábito antes de los 15 años.

Los embarazos de adolescentes como porcentaje del total de nacimientos se han reducido de 31% en 1997 a 23,7% en 1992. En 1993, 2,5% de las mujeres de 10 a 14 años de edad habían tenido su primer parto. Los resultados de la Encuesta de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos en Jamaica muestran que en 1993 la tasa de fecundidad específica por edad del grupo de 15 a 19 años fue de 108 por 1.000 mujeres. En ese

mismo año, la del grupo de 20 a 24 años de edad fue de 160 por 1.000 mujeres, lo que representa una baja de 1,8 en comparación con la registrada en 1987.

En una población de 268.530 adolescentes hubo 25 casos de sífilis, 195 casos de gonorrea y 229 infecciones no gonocócicas. En el grupo de 10 a 19 años de edad, 10 hombres y 14 mujeres padecían sida.

La salud de la mujer

El aborto es una de las causas más importantes de mortalidad materna en Jamaica como consecuencia de infecciones y complicaciones de procedimientos realizados en condiciones antihigiénicas por personal sin la debida formación. De ordinario, las mujeres de clase alta que optan por interrumpir el embarazo lo hacen en condiciones más adecuadas y corren un menor riesgo de complicaciones.

Hubo una leve reducción del promedio de consultas de atención prenatal hechas a los centros de salud en 1994 en comparación con 1993. En 1994 se hicieron 3,9 consultas por embarazo y en 1993 esa cifra fue de 4,0. La proporción de primeras consultas, expresada como porcentaje del número estimado de nacimientos, fue de 73,6% en 1994 en comparación con 72,4% en 1993. El porcentaje de mujeres que recibieron atención antes de la decimosexta semana de embarazo es aproximadamente de 68,2%. Durante el período posnatal, 74,4% de las madres y 75,6% de los niños recibieron atención en los centros de salud. De las madres que acudieron a los centros de salud en ese período, 51,2% amamantaban en forma exclusiva a sus hijos y 61,2% usaban algún método de planificación familiar.

Más de 80% de los partos se atienden en el Hospital Victoria Jubilee, el principal hospital público de maternidad que presta servicios en la zona metropolitana de Kingston-St. Andrew. El servicio es inadecuado por escasez de personal y de camas. Por ejemplo, dos enfermeras del turno de la noche suelen encargarse de atender nueve estaciones de trabajo de parto y de parto. Por medio del proyecto de "hospitales amigos del niño" se renovó el hospital entre 1994 y 1995 con arreglo a la Iniciativa de Alivio de la Carga de la Deuda para los Niños, una actividad de colaboración entre el Gobierno de los Países Bajos y el UNICEF.

Varios estudios muestran que en 1994-1995 casi todos los condados rurales registraron aumentos del porcentaje de usuarios de métodos de planificación familiar posnatal, pero que en las zonas urbanas más extensas como Kingston-St. Andrew y St. James no fueron significativos. Cabe preguntarse si la población de los condados urbanos es más renuente a la planificación familiar o si las mujeres prefieren buscar anti-conceptivos en los centros privados.

El total de nuevos usuarios de métodos de planificación familiar como porcentaje del número de mujeres de 15 a 49

años aumentó ligeramente de 6,5% en 1993 a 7,5% en 1994. En 1995 se reunió a 40.000 clientes para el Programa de Planificación Familiar del Gobierno. Esa cifra fue 21% inferior a la meta de 51.000. La píldora siguió siendo el método preferido, con una tasa de aceptación de 47,8%; 28,8% optaron por el condón y 21,7%, por la inyección de Depo Provera. Las consultas de planificación familiar tuvieron un aumento marginal de 51.866 en 1994 a 55.918 en 1995. Se introdujo la práctica de la ligadura de las trompas de Falopio en todos los hospitales en 1994, procedimiento realizado en dos dispensarios de planificación familiar y en un centro de salud del tipo 5. Se sometieron a ese procedimiento 3.830 mujeres en 1994, en comparación con 3.475 en 1993. La vasectomía no es una forma de planificación familiar de uso amplio y, según se informa, no se esterilizó a ningún hombre jamaiquino en 1993.

Las cinco clases principales de diagnóstico de las mujeres egresadas del hospital fueron las complicaciones del embarazo, 29.147 (33%); el parto normal, 28.336 (32%); los traumatismos y envenenamientos, 3.958 (4,5%); las afecciones del aparato genitourinario, 3.716 (4,2%), y las enfermedades cardiovasculares, 3.457 (3,9%). El parto normal representó la mínima estancia en el hospital (una media de dos días). Las complicaciones del embarazo fueron la causa del mayor número de días de atención (96.185 días).

La salud del adulto mayor

En 1995 había 110.430 hombres y 130.020 mujeres de 60 años y más, que representaban 9,42% de la población nacional. Este grupo de edad se ve afectado principalmente por enfermedades crónicas no transmisibles. Las enfermedades cardiovasculares seguidas de diabetes y tumores malignos fueron las principales causas de hospitalización de las personas mayores de 65 años en 1991. Las afecciones del aparato genitourinario y los traumatismos y envenenamientos también revistieron importancia. La Encuesta de las Condiciones de Vida realizada en Jamaica en 1994 indica que la mayor prevalencia de enfermedad prolongada se observó en personas mayores de 60 años. Además, 81,5% de los enfermos o lesionados buscaron atención médica en instituciones privadas. Las mujeres solicitaron atención médica con más frecuencia que los hombres.

Un estudio de adultos mayores hecho en August Town, Kingston, determinó que sus principales problemas de salud eran las enfermedades hipertensivas, la diabetes, la artritis y las enfermedades del corazón. El número de personas obesas que se quejaron de artritis fue mayor que el de personas con peso normal o excesivo. Los antecedentes de enfermedades del corazón fueron más prevalentes en personas obesas.

El Hogar Golden Age de Kingston aceptó a 489 residentes en 1995, 250 de los cuales eran hombres. Dicha institución

ofrece comidas y alojamiento; atención médica, dental y de enfermería, y actividades ocupacionales y de recreo. Hay establecimientos similares que prestan atención geriátrica a largo plazo en los condados rurales.

El Consejo Nacional para la Vejez funciona en toda la isla. En 1995 sus principales actividades incluyeron abogacía y formulación de políticas; creación y observación de más de 100 Clubes Golden Age, que realizan proyectos de generación de ingresos para las personas de edad; proyectos de cuidado y actividades comunitarias; supervisión de centros de actividades diurnas y de programas de alimentación para adultos mayores; capacitación y educación, y servicios de referencia y de otra clase. Otros servicios sociales incluyen tarifas concesionarias para los adultos mayores en los medios de transporte público.

Desde 1997 el Gobierno ha facilitado fármacos para el tratamiento de enfermedades crónicas a menor costo a los adultos mayores. Muchas farmacias también conceden descuentos de los precios de esos productos a los adultos mayores.

La salud de la familia

Según la Encuesta de las Condiciones de Vida realizada en Jamaica en 1993, más de 45,5% de las familias del país están formadas por padres solteros y encabezadas por mujeres. Muchas de estas familias se incluyen en el 21,2% de los hogares que están por debajo de la línea de pobreza. El Gobierno ha instituido proyectos de ayuda alimentaria y de otra índole para apoyar a esas familias.

El programa de ayuda alimentaria se destina a suplementar el consumo de alimentos de las personas expuestas a riesgo de malnutrición y de otras de ingresos bajos o sin ingresos aparentes. Los beneficiarios son los niños de edad escolar, las madres lactantes y los niños de 0 a 6 años de edad cuyo nivel nutricional debe mejorarse. En 1995, 3.000 niños malnutridos de 4 a 59 meses se beneficiaron de la entrega de suplementos de alto contenido energético y de fabricación local distribuidos por medio de los dispensarios de nutrición. Un programa de alimentación escolar prestó asistencia a 315.518 estudiantes en 1995. Se dio a los estudiantes por lo menos una comida al día en instituciones públicas de enseñanza preescolar, primaria y secundaria para fomentar la asistencia regular a la escuela. En 1995 había 270.000 personas en la lista de beneficiarios de cupones para alimentos. Esa cifra representó 78,1% de la meta general de 350.000, proporción menor que la de 86,6% de la meta de 320.000 fijada en 1994.

Los niños que necesitan atención y protección están a cargo de la División de Servicios al Niño del Ministerio de Salud. La Junta de Adopción expidió ocho decretos de adopción en 1995. Otros servicios de asistencia a las familias comprenden el Sistema de Tribunales de Familia, que presta ser-

vicios judiciales y sociales, y el Centro de la Mujer, que ofrece educación continua a las madres de 16 años y menos.

La salud de los trabajadores

La importancia de la salud de los trabajadores ha cobrado impulso en Jamaica como prioridad para el Gobierno. Un ejemplo de las preocupaciones en este campo es la práctica de abstenerse de usar ropa y equipo de protección en algunos establecimientos de atención de urgencias, lo que acarrea riesgos para la salud. En 1994, solo 16% de los 100 empleados de los establecimientos visitados por inspectores de salud pública usaban equipo de protección. En la industria de fabricación de ropa, en una población trabajadora de 506 mujeres y 61 hombres, los inspectores de salud pública observaron que solo 3,5% usaban equipo de protección.

Un informe preliminar de un estudio realizado en 1994 por el Instituto de Estadística de Jamaica en colaboración con el UNICEF reveló que 4,6% de los niños de 6 a 16 años estaban empleados, en su mayoría en el sector informal, a pesar de la legislación que prohibía el empleo de menores de 12 años. Hay mucha coincidencia parcial en los fenómenos observados en los jóvenes que están fuera de la escuela, los niños trabajadores y los niños callejeros. Muchos de esos grupos duermen en la calle y están expuestos a los elementos, a la violencia física y al abuso sexual. Para esos niños es un problema mantener buenos hábitos de higiene; por lo general, están malnutridos y suelen tener problemas de salud. A menudo son explotados por sus compañeros y por adultos porque carecen de la fuerza física necesaria para oponer resistencia.

El empeño puesto en resolver el problema comprende el trabajo realizado por Save the Children Fund (Reino Unido), que ha ayudado a incorporar a 500 niños callejeros y trabajadores al sistema escolar formal en Spanish Town y Montego Bay. Otros proyectos ofrecen comidas preparadas y educación compensatoria.

Los trabajadores comerciales del sector informal (llamados "regateadores") venden productos generalmente comprados en el exterior. Existe la preocupación de que esos trabajadores estén expuestos al riesgo de enfermedades de transmisión sexual y sida por la naturaleza de su trabajo, que entraña viajes internacionales y ausencia del hogar. La prevalencia del VIH entre los trabajadores sexuales comerciales de Kingston en 1995 alcanzó 11%. Según la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud, la tasa de prevalencia del VIH en agricultores migratorios se ha mantenido estable en 0,1%.

La salud de los discapacitados

El Consejo para los Discapacitados de Jamaica se encarga de administrar el programa de rehabilitación del Gobierno

para esa clase de personas. Sus responsabilidades comprenden el registro nacional de los discapacitados; el logro de beneficios y concesiones para los discapacitados; la evaluación, orientación y colocación de las personas que necesitan capacitación práctica y empleo; el ofrecimiento de los arreglos y el apoyo necesarios a los clientes que reciben formación profesional; el suministro de apoyo para proyectos de autoayuda y la atención de los niños discapacitados de 0 a 6 años de edad.

La Fundación para la Adquisición de Habilidades ofrece adiestramiento y educación para adultos jóvenes discapacitados de 18 a 25 años de edad. Otros programas para los discapacitados incluyen el Servicio Nacional de Rehabilitación Profesional y el Proyecto de Estímulo Temprano, que se concentra en los niños de 0 a 6 años de edad. En 1995, 296 niños discapacitados asistieron a un programa especial de atención de sus necesidades.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. Un brote de dengue ocurrido en 1995 causó 1.884 casos sospechosos. Esa cifra incluyó 108 casos de dengue hemorrágico, 3 casos del síndrome del choque del dengue y 4 defunciones. Se notificaron 5 casos de malaria en 1995 y 14 en 1996, todos importados.

Enfermedades inmunoprevenibles. Los niveles de cobertura de inmunización se aproximan a 90% para las vacunas DPT, antipoliomielítica y antituberculosa. La cobertura de inmunización contra el sarampión en los niños menores de 23 meses se acerca a 77%. Con excepción del sarampión, la incidencia de esas enfermedades es muy baja. Entre marzo y mayo de 1995, ocurrió un brote de rubéola en los condados de St. Elizabeth, Portland y Kingston-St. Andrew. Esos condados representaron 65% de los casos de rubéola notificados en 1995. En otros cinco se habían confirmado casos aislados de rubéola durante los trimestres segundo y tercero del año. De los casos de rubéola notificados, 62% se presentaron en mujeres.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. No ha habido brotes de cólera en Jamaica, pero dada la presencia de la enfermedad en América Central y del Sur, la gastroenteritis se vigila como indicador de posibles problemas. La incidencia de gastroenteritis aumentó en 1995 en comparación con los dos años anteriores. Al parecer, es un problema sobre todo estacional, que ocurre entre octubre y marzo. El principal factor etiológico es el rotavirus.

Hubo 27 casos de fiebre tifoidea en 1995, un leve aumento en relación con 1994. La incidencia notificada en los últimos

20 años muestra una reducción gradual del nivel endémico de la enfermedad, con brotes periódicos.

Las enfermedades transmitidas por los alimentos se subnotifican mucho y plantean un problema en lo que respecta a investigaciones y a la confirmación de la información epidemiológica. La consiguiente falta de información en ese campo ha obstaculizado el establecimiento de medidas de control a largo plazo para abordar los problemas de determinados alimentos que sirven de vehículo y mejorar las técnicas de manipulación de los alimentos. Se ofrece capacitación sobre métodos apropiados de manejo y preparación de alimentos.

Enfermedades crónicas transmisibles. Si bien las tasas de incidencia de enfermedades crónicas transmisibles, en general, aumentan en las Américas, las de muchas enfermedades se han mantenido relativamente bajas y estables en Jamaica. La isla tiene una red de sistemas de vigilancia que consta de 44 sitios centinela y 22 sitios activos en los hospitales. Esos sitios incluyen centros de salud del tipo 3 y hospitales públicos y privados en toda la isla. Se hace lo posible por fortalecer el sistema de vigilancia con la inclusión de profesionales en ejercicio particular, especialmente de pediatras.

El número de casos notificados de tuberculosis se ha mantenido constante en la primera mitad del decenio. Hubo 109 casos confirmados en 1994; 97% fueron nuevos casos y 3%, recaídas. Los casos confirmados de tuberculosis alcanzaron un máximo de 121 en 1996, la mayor cifra registrada desde 1991. De ese número, cinco fueron casos reactivados, lo que indica que 96% se debieron a transmisión activa. Doce (10%) tenían infección concomitante por el VIH y constituyeron 50% de las 14 defunciones ocurridas. Los condados de residencia de los infectados son Kingston-St. Andrew, St. Catherine y St. Ann.

Se ha reducido la incidencia de lepra y se han introducido estrategias para alcanzar la meta de erradicación. La tuberculosis se ha mantenido casi constante a un nivel relativamente bajo en la población. Sin embargo, la infección concomitante por el VIH y la tuberculosis son motivo de preocupación, y ya están en marcha varios planes para resolver esa cuestión en vista de la tendencia mundial.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias ocuparon el segundo lugar entre las 10 causas principales de consulta a los centros de salud (89.733) en 1996. La neumonía, la bronquitis, el enfisema y el asma ocuparon el cuarto lugar entre las principales causas de hospitalización en 1994, con la exclusión de las afecciones obstétricas. El asma se ha convertido en la principal causa de enfermedad, que llevó a hacer consultas a los servicios de urgencias de los hospitales públicos (28.178 casos en 1996). Los niños menores de 5 años son los más comúnmente afectados. La mayor contaminación ambiental podría ser un importante factor contribuyente a

esa situación. La tendencia habitual de una mayor actividad de la influenza en el último trimestre del año recibió apoyo de informes anecdóticos.

Rabia y otras zoonosis. Los datos epidemiológicos mostraron que la leptospirosis es un grave problema de salud, tanto para la población humana como para la animal. Se elaboró un protocolo de investigación en 1994 para una evaluación epidemiológica retrospectiva de la situación de la leptospirosis. El estudio está pendiente todavía. Jamaica se mantiene exenta de rabia.

Durante el período 1991–1995, la cooperación técnica se concentró en apoyar las encuestas epidemiológicas para evaluar el estado de los rebaños de ganado. Jamaica podría considerarse exenta de brucelosis y tuberculosis bovinas y a fines de 1995 se preparó una propuesta para la certificación oficial de ese estado. La certificación tendría un efecto favorable en la salud pública y contribuiría a mejorar la economía de Jamaica al beneficiar al comercio de carne de res.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. En 1995 se notificaron 505 casos de sida a la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud en 320 hombres y 185 mujeres, un aumento de 41% en relación con 1994. Entre 1982 (cuando se notificó el primer caso de sida) y diciembre de 1995 se han notificado 1.533 casos de sida, que representan una duplicación del número de casos cada dos años. Del total, 62,3% son hombres y 37,7%, mujeres. La razón hombre/mujer en la población adulta es de 1,7:1 e indica una transmisión predominantemente heterosexual. Se ven afectadas más mujeres en edad de procrear. El número de casos se duplica cada dos años. Las formas de transmisión son la heterosexual, homosexual/bisexual y de la madre al niño. Ha aumentado el número de casos VIH-positivos en la población que acude a los dispensarios de atención prenatal y se establecerán criterios para examinar a las clientes de los dispensarios de atención prenatal. El sida ha causado 907 defunciones, lo que representa una tasa de mortalidad de 59,2%. El total de casos pediátricos asciende a 108. Hubo 73 defunciones pediátricas, cifra que arroja una tasa de mortalidad por sida pediátrico de 67,6%. La tasa de mortalidad de adultos es de 58,5%.

Todos los condados se vieron afectados por la epidemia: St. James tuvo el mayor número de casos (155 por 100.000 habitantes) y Clarendon, el menor (12 por 100.000).

La prevalencia del VIH en los solicitantes de visas de entrada a los Estados Unidos, donantes de sangre, agricultores migratorios y clientes de compañías de seguros se ha mantenido entre 0,5 por 1.000 y 4 por 1.000. No obstante, se ha observado un aumento de esa tasa en las personas que manejan alimentos. Si bien la prevalencia del VIH en trabajadoras sexuales de Kingston se ha mantenido igual en los últimos cinco años (de 11% a 12%), los exámenes de detección han mostrado una seroprevalencia de 22% en ese grupo en St.

James. La intervención realizada entre los trabajadores sexuales de Kingston tuvo un efecto favorable y se ha iniciado un programa de intervención similar en St. James. El hecho de que 31% de los 64 trabajadores sexuales VIH-positivos en St. James sean adictos a la cocaína plantea un grave problema, puesto que se ha determinado que esa población se opone mucho al uso de condones.

La incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) sigue siendo alta y es motivo de profunda preocupación. En los servicios de salud pública es elevada la incidencia de casos de infección por *Chlamydia*, sífilis, gonorrea y uretritis no gonocócica, al igual que de casos de sífilis congénita y oftalmía neonatal. También es cada vez mayor el grado de resistencia gonocócica a la penicilina y la tetraciclina, lo que hace necesario administrar farmacoterapia más costosa.

Los estudios hechos en Jamaica apoyan las investigaciones internacionales sobre el aporte de las ETS a la mayor propagación del VIH. Se ha demostrado que las úlceras genitales y las ETS inflamatorias (gonorrea e infección por *Chlamydia*) facilitan la transmisión de la infección por el VIH. Por ende, es motivo de preocupación el elevado número de úlceras genitales y de ETS inflamatorias en los pacientes atendidos en el Dispensario de Atención General de Kingston. Después de realizar un estudio en ese dispensario, se introdujo la notificación de casos de flujo uretral y vaginal como parte del síndrome de ETS en 1995. Se preparó un algoritmo para el tratamiento de esas afecciones.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Los resultados de encuestas hechas hace relativamente poco en niños menores de 5 años de edad dan una idea de los cambios de la prevalencia de la desnutrición con el tiempo. Los datos indican que la proporción de niños menores de 5 años con insuficiencia de peso leve, grave o moderadamente baja para la edad se redujo en el período 1970–1985. La proporción de niños con desnutrición leve bajó de 39,0% a 31,9% y la de los afectados por desnutrición moderada y grave, de 10,8% a 8%. En esas encuestas se observó una incidencia máxima de emaciación en el período de destete de 6 a 11 meses y una mínima en el de 48 a 59 meses. El retraso del crecimiento aumentó con la edad, lo que supone que la ingesta subóptima continuó después del destete. En comparación, los datos de la Encuesta de las Condiciones de Vida 1989–1993 indican una tasa de prevalencia de 6,5% a 9,9% en niños con desnutrición moderada y grave. En 1993, 9,9% de todos los niños de 0 a 59 meses tenían bajo peso para la edad, 6,3% sufrían retraso del crecimiento y 3,5% padecían emaciación. Los casos registrados de emaciación y retraso del crecimiento por

insuficiencia de peso para la edad aumentaron en 1993. Todos los conjuntos de datos de la encuesta subrayaron el hecho de que las zonas rurales presentan una mayor prevalencia de malnutrición que las urbanas.

Desde 1980, el Ministerio de Salud ha recibido datos de los sistemas de informes mensuales resumidos de los dispensarios. Los datos correspondientes a 1984–1987 indican que un promedio de 4,1% de los clientes de los dispensarios de 0 a 35 meses de edad se clasificaron como casos de desnutrición moderada a grave. En 1988 el Ministerio de Salud adoptó la clasificación de la OMS y los datos para 1989–1994 indican que el porcentaje de niños evaluados como casos de desnutrición moderada y grave alcanzó un promedio aproximado de 8,4% en el período. La población de los dispensarios es auto-seleccionada y no indica necesariamente la prevalencia real de desnutrición en toda la isla.

La desnutrición en Jamaica es más común en las familias de los desempleados, los agricultores de subsistencia de las zonas rurales, la población de ingresos mínimos de las zonas urbanas, las familias numerosas sin apoyo paterno y las madres muy jóvenes.

La anemia ferropénica es prevalente en las mujeres embarazadas y lactantes y en los niños pequeños. Los datos de los dispensarios del Ministerio de Salud correspondientes a 1984–1991 indican que, en promedio, se diagnosticó anemia a un 28,9% de las mujeres embarazadas sometidas a examen. En la Encuesta Nacional de Salud de 1985 se estimó que 25% de los niños menores de 5 años eran anémicos y que la incidencia máxima se observa en el grupo de 6 a 11 meses de edad.

Si bien la desnutrición en Jamaica ha sido relativamente baja y ya no es una causa importante de defunción, hay determinadas zonas con grados de desnutrición más grave. Se necesita mayor vigilancia en la comunidad y observación regular de la población de esas regiones para analizar los factores contribuyentes y elaborar intervenciones focalizadas que sean apropiadas.

Enfermedades crónicas no transmisibles. Las principales causas de mortalidad y morbilidad en Jamaica son las enfermedades crónicas no transmisibles. Su clasificación varía según el indicador usado. En general, la clasificación es la siguiente: enfermedad cardiovascular, trastornos neuropsiquiátricos, cáncer, diabetes y trastornos de la nutrición.

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan una parte sustancial de la carga de la morbilidad. La hipertensión y la diabetes (123.090 y 50.783 consultas, respectivamente) constituyeron dos de las cinco causas principales de las consultas ambulatorias atendidas en los centros de salud en 1996. En 1994, la enfermedad cardiovascular, la diabetes mellitus y los tumores malignos estuvieron entre las cinco primeras causas de hospitalización citadas. En 1990 la enfermedad cardiovascular representó 30% del total de enfermedades no transmisibles.

El cáncer representó 15% de las enfermedades no transmisibles y 9% de la carga total de la morbilidad en 1990. El cáncer de mama y del cuello uterino está entre los tumores malignos más comunes en la mujer, con tasas de 22,6 y de 19,2 por 1.000 habitantes en 1991, respectivamente. El cáncer de próstata es la principal forma de cáncer observada en el hombre. La tasa de incidencia fue de 28,2 en 1991 y refleja una tendencia ascendente.

La tasa bruta de defunción ha mostrado una marcada reducción de 8,9 por 1.000 habitantes en 1960 a 5,4 en 1992. Se mantuvo igual en 1994. En la actualidad, las principales causas de defunción son las enfermedades crónicas no transmisibles, un cambio en relación con el decenio de 1950 cuando fueron sobre todo las enfermedades infecciosas. Las principales causas de defunción en la población en general en 1990 fueron las enfermedades del corazón (114,0 por 100.000 habitantes), los tumores malignos (82,2), las enfermedades cerebrovasculares (80,1), la diabetes (51,0) y las enfermedades del sistema respiratorio (30,1).

La información sobre morbilidad se basa en la utilización de los hospitales públicos según la clase de diagnóstico. En 1991, las seis causas principales de ingreso fueron las complicaciones del embarazo, el parto normal, los trastornos del aparato genitourinario, los traumatismos y envenenamientos, las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos; la diabetes mellitus ocupó el décimo lugar. En 1993, las seis causas principales fueron las complicaciones del embarazo, el parto normal, los traumatismos y envenenamientos, las enfermedades cardiovasculares, los trastornos del aparato genitourinario y la neumonía, la bronquitis, el enfisema y el asma.

Los traumatismos y envenenamientos fueron las principales clases de diagnóstico (14,9% del total), según el número de días de atención prestada. Ese número se estima en 124.648 días, con una estancia promedio de 9,3 días. Más de 70% de los casos hospitalizados se presentaron en hombres. Un examen de la distribución geográfica muestra que la incidencia de esos casos es predominantemente un fenómeno urbano vinculado a la pobreza y a otras variables socioeconómicas. Esos factores plantean graves preocupaciones sobre el uso de los recursos de atención de salud para tratar afecciones que obviamente son prevenibles.

Las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus predominan en los hospitales y centros de salud; 8% de todos los egresos de los hospitales y 14,3% de todas las consultas hechas a los dispensarios se deben a enfermedades cardiovasculares. La diabetes mellitus causa la máxima estancia promedio en el hospital (15,0 días) y 5,9% del total de consultas hechas a los dispensarios. Una encuesta realizada en toda la isla en 1993 mostró que la prevalencia de diabetes es de 17,9% y la de hipertensión, de 21,1% (lectura de la tensión sistólica únicamente).

El campo de las enfermedades crónicas no transmisibles recibe mayor atención, pero necesita organizarse como pro-

grama para poder definir mejor el problema, establecer estrategias de prevención y control y asignar eficazmente los recursos existentes.

Accidentes y violencia. Los accidentes y traumatismos están entre las cinco causas principales de hospitalización que, según se estima, representan alrededor de 20% de las internaciones y 33% de los gastos. En 1994 la violencia y los accidentes constituyeron 12% de los egresos de los hospitales. De los traumatismos tratados en los hospitales, 48% se atribuyen a accidentes de vehículos de motor, 28% a quemaduras y 20% a actos de violencia. En 1996 hubo 3.286 heridas con armas blancas y 1.156 con armas de fuego; el número de casos de quemaduras por fuego, sustancias químicas y otras causas ascendió a un total de 1.333; hubo 749 casos de envenenamiento. Los accidentes de tráfico dejaron un saldo de 8.655 víctimas tratadas en los hospitales.

La violencia constituye un creciente problema de salud pública, como lo demostró el alarmante aumento de la tasa de mortalidad, morbilidad y discapacidad en la sociedad. La enorme pérdida de años potenciales de vida y sus efectos psicológicos para la población también plantean problemas. El Ministerio de Salud ha examinado los casos de traumatismo debidos a accidentes y violencia en Jamaica con el fin de facilitar la ejecución de programas de prevención de accidentes, prevención y control de la violencia y promoción de la coexistencia pacífica en que se acentúen las actividades de salud.

Los condados con la máxima densidad de población tuvieron el mayor número de traumatismos relacionados con actos de violencia. En 1994, en Kingston-St. Andrew se registraron 718 heridas con armas blancas y 404 con armas de fuego, y en St. Catherine, 490 y 126, respectivamente.

En 1994, las diferentes clases de traumatismos que exigieron atención en los servicios de urgencia del sector público afectaron a todos los grupos de edad. Los grupos de 16 a 44 años (5.012) y los de 5 a 15 años (1.051) comprendieron el mayor número de víctimas. Es motivo de preocupación el número de niños menores de 5 años víctimas de traumatismos (847), especialmente de los causados por quemaduras (499), accidentes de vehículos de motor y envenenamiento. Se necesita educar a la población sobre la seguridad en el hogar y tener programas de seguridad vial que hagan obligatorio el uso de cinturones de seguridad y cascos.

Si bien se ha reducido el número de accidentes de vehículos de motor, todavía son motivo de profunda preocupación. Se estima que por cada víctima de un accidente de esa naturaleza hay un promedio de nueve lesiones, tres de las cuales necesitan tratamiento médico de importancia. En un informe sobre la seguridad vial patrocinado por el Gobierno en 1993 se clasificó a Jamaica en los lugares tercero y cuarto entre los países con el mayor número de muertos en accidentes de vehículos de

motor en proporción al número de automóviles y al tamaño de la población, respectivamente. Los accidentes de tráfico también están muy localizados y ocurren sobre todo en las regiones de Kingston-St. Andrew y St. Catherine. La mayoría de las defunciones son de peatones, adultos mayores y niños. Los hábitos de conducción poco seguros y los vehículos en mal estado son las principales causas de los accidentes de tráfico.

Trastornos del comportamiento. Las consultas hechas a los dispensarios de salud mental representan 2% del total de consultas atendidas en los centros de salud pública, cifra mayor que la de 1,4% registrada en 1989. Las clases de diagnóstico más comunes en los 7.067 pacientes examinados por los Servicios Comunitarios de Salud Mental fueron esquizofrenia (49,6%), depresión (19,6%), abuso de sustancias (9,6%), neurosis (7,0%) y psicosis orgánica (4,7%).

El Ministerio de Salud ha reconocido la necesidad de tener servicios comunitarios de salud mental y más información sobre la naturaleza y gravedad del problema. Los servicios de salud mental no están integrados a los generales, lo que contribuye a la ineficiencia del uso de recursos y al mal manejo de los pacientes. Los servicios son de alcance limitado y están escasos de personal capacitado para apoyar la rehabilitación de los pacientes. Por último, las enfermedades mentales exigen métodos de promoción de la salud que puedan desestigmatizar la enfermedad y ampliar la conciencia del público al respecto. En 1997 se planeaba promulgar una Ley de Salud Mental destinada a encauzar un mayor volumen de recursos a ese campo.

Salud oral. Desde septiembre de 1987 ha venido funcionando un fructífero programa de fluoruración de la sal. Prueba de ello es la reducción de la proporción de dientes cariados, perdidos y obturados en niños de 12 años de edad de 6,7% en 1984 a 1,08% en 1995. Un estudio hecho en 1995 mostró que 63% de la población de la muestra no necesitaba atención dental y que el grado de fluorosis era insignificante (0,4%). El estado general de salud dental de la población jamaicana ha mejorado mucho, según lo indicado por el menor número de extracciones.

El Programa de Salud Dental del Ministerio de Salud enfoca la atención integral en los niños menores de 16 años. En 1996, se hicieron 189.290 consultas dentales y se practicaron 71.888 procedimientos preventivos. Además, se ofreció atención paliativa y de urgencia a los adultos. El sector privado ha ayudado mucho a atender la creciente demanda de servicios profilácticos, de ortodoncia, de restauración y otros especializados. La razón dentista/habitante (en los sectores público y privado) fue aproximadamente de 1:12.000 en 1996.

Desastres naturales. Los últimos desastres naturales de importancia fueron el huracán Gilbert en 1988 y un terre-

moto ocurrido en 1993 que registró aproximadamente 8 en la escala de Richter. Las inundaciones son un problema recurrente durante la estación lluviosa, que causa problemas de transporte, vivienda y abastecimiento de agua.

El Ministerio de Salud y la Oficina de Preparativos para Situaciones de Desastre comparten la responsabilidad de la respuesta a situaciones de desastre y a emergencias y las actividades de mitigación con apoyo de la Fuerza de Defensa de Jamaica. El Ministerio de Salud se encarga de los servicios médicos de emergencia y la Oficina de Preparativos para Situaciones de Desastre, de otros aspectos de la preparación para casos de emergencia y de la respuesta a situaciones de desastre. Las organizaciones voluntarias y no gubernamentales que participan en programas en este último campo citado son la Cruz Roja de Jamaica y el Organismo Adventista de Socorro en Casos de Desastre. El Gobierno de Jamaica tiene un programa de respuesta a situaciones de desastre bien organizado y puede ayudar a otros países de la región norte del Caribe cuando se vean afectados.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Jamaica ha establecido una amplia y compleja red pública de centros y hospitales de atención primaria en todo su territorio, que ofrecen toda una gama de servicios, a menudo gratis o por debajo del costo. Con el tiempo, la experiencia ha demostrado que la confianza depositada en los recursos públicos no basta para mantener debidamente la infraestructura y prestar servicios adecuados de administración de personal y otros de apoyo esenciales. Los crecientes costos de los recursos de atención de salud, en su mayoría importados, y la devaluación de la moneda de Jamaica a comienzos del decenio de 1990 han ampliado la diferencia entre los recursos disponibles y los necesarios.

Para hacer frente a esa situación, el Gobierno ha emprendido una reforma del sector salud con asistencia de varios organismos de cooperación técnica. Los principales elementos de la reforma son descentralización, integración de servicios, promoción de normas de la garantía de la calidad, asignación racional de recursos, desarrollo de recursos humanos, mayor distribución de costos, más eficiencia, fomento de las asociaciones de los sectores público y privado y equidad.

Se reconoce la necesidad de transformar el sistema de prestación y administración de servicios de salud para adaptarse mejor a la variación de las condiciones epidemiológicas y a las exigencias de los consumidores y dispensadores de atención de salud, así como para usar los recursos disponibles de una forma eficiente y eficaz. La oficina central del Ministerio de Salud funcionará más como organismo de regla-

mentación de todo el sistema de salud que como administrador centralizado del sistema público, que ha sido su función tradicional. Las responsabilidades de prestación y administración de servicios se delegarán en tres niveles: 4 regiones, 14 condados y 130 distritos de salud.

En 1997 el Gobierno propuso un plan nacional de seguro médico para ofrecer cobertura de un conjunto definido de servicios de hospital, laboratorio, diagnóstico y farmacia.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

En el último decenio ha habido un importante crecimiento del sector privado de atención de salud. Se estima que el sector privado presta 75% de la atención ambulatoria curativa y el sector público, la mayor parte de los servicios de atención hospitalaria y preventiva. En 1995 había nueve pequeños hospitales privados en Jamaica, con cerca de 300 camas, y 75 clínicas particulares. Los hospitales privados declaran una tasa de ocupación de 50% aproximadamente. En Jamaica hay seis compañías privadas de seguro médico, que amparan a alrededor de 10% a 15% de la población. La mayoría de los reembolsos corresponden a gastos por concepto de medicamentos (41%) y honorarios médicos (24%). El sector farmacéutico consume 10% del total del gasto nacional por concepto de salud, 80% del cual corresponde al sector privado.

La atención primaria sigue siendo de máxima prioridad para el Gobierno. En 1996 el Ministerio de Salud tenía 364 centros de atención primaria, que funcionaban en cinco niveles de servicio. Cuanto más elevado es el nivel de servicio, más amplia es la esfera de influencia del centro. El uso de centros de atención primaria de salud con fines curativos, que representa 46% de la carga de trabajo, se reduce a pesar de una expansión del número de instalaciones y de la gama de beneficios que reportan esos servicios. Los servicios de salud materno-infantil, planificación familiar y atención dental comprenden el 54% restante.

En 1995 las consultas por concepto de atención curativa hechas a los centros de atención primaria de salud ascendieron a 780.520, una baja en relación con el total de 1.005.126 registrado en 1992. Se supone que se prestan más servicios en el sector privado. Los demás servicios prestados por centros de atención primaria, como los de atención preventiva y promoción de la salud, siguen siendo importantes para mejorar las condiciones de salud de toda la población, sobre todo de los niños, ancianos, indigentes y personas afectadas por enfermedades crónicas y transmisibles.

El sistema público de atención secundaria y terciaria está formado por un total de 23 hospitales de atención de casos

agudos: seis de atención terciaria especializada, cinco de atención secundaria, nueve hospitales comunitarios pequeños y tres especializados en atención de casos crónicos. El Hospital de la Universidad de las Indias Occidentales, con 430 camas, es un establecimiento de enseñanza regional. La utilización de los hospitales públicos se ha reducido constantemente en los últimos cinco años. La disponibilidad de camas ha fluctuado por causa del extenso programa de restauración de hospitales, que se ha concentrado en seis establecimientos de importancia. El total de egresos de los hospitales (111.002), la tasa promedio de ocupación (66,6%) y el número de partos atendidos (36.059), consultas ambulatorias (333.409) y consultas de urgencia (389.855) en 1995 indican un menor uso a pesar de la expansión de los servicios. Se observó un leve aumento del número de radiografías tomadas y otro casi del doble del número de sesiones de fisioterapia, que llegó a 173.733.

Se estima que los hospitales públicos representan 95% de los días de hospitalización y 65% de los costos. Si bien las principales razones de internación son los casos de maternidad normales y complicados, los traumatismos y enfermedades crónicas representan el mayor gasto.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

El Ministerio de Salud, en su empeño por proteger el medio ambiente y promover la salud para el desarrollo sostenible, divide la responsabilidad de la administración de sus estrategias de salud ambiental entre la Inspección de Salud Pública, la Unidad de Salud Pública Veterinaria, las Divisiones Farmacéutica y de Control Ambiental y el Consejo de Plaguicidas. Sus funciones comprenden la vigilancia regular de la calidad de los alimentos, los medicamentos, el aire y el agua potable; la evacuación de excretas; el tratamiento de aguas servidas y de residuos sólidos y peligrosos; la sanidad portuaria; el control de vectores y plaguicidas, y la vigilancia de la salud ocupacional, institucional y de los trabajadores.

El Programa de Inocuidad de los Alimentos se centra en los productos crudos y cocidos. Se vigila a la industria alimentaria, los fabricantes de productos lácteos y de helados, los hoteles, restaurantes y los vendedores ambulantes para garantizar la inocuidad de los alimentos. También se inspecciona la carne para asegurar su inocuidad para consumo humano. La División de Alimentos del Departamento de Farmacia del Gobierno ayuda a vigilar los alimentos, especialmente las muestras de leche. De particular importancia es la proliferación de vendedores ambulantes de alimentos. El Centro para Manipuladores de Alimentos imparte a los clientes enseñanzas de higiene personal y buenas prácticas de manejo de los alimentos.

La División de Servicios Farmacéuticos del Ministerio de Salud, creada en virtud de la Ley de Alimentos y Medicamentos promulgada en 1964, controla la autorización, importa-

ción, distribución y uso de productos farmacéuticos. La División se asegura de que todas las sustancias empleadas como alimentos, medicamentos y cosméticos sean inocuas y de alta calidad. Se estableció un grupo de trabajo para examinar los requisitos para la clasificación y reglamentación de las preparaciones a base de hierbas, las vitaminas y los productos homeopáticos. La División de Servicios Farmacéuticos también se encarga de la distribución de medicamentos, vacunas y otros suministros médicos dentro del sistema de salud pública. Hay escasez permanente de suministros y de personal, especialmente en los centros de atención primaria.

Se estima que, en la actualidad, los fondos privados financian 82% de los costos farmacéuticos, pero no está claro qué nivel de servicio representa eso. El Ministerio de Salud ha delegado gradualmente la responsabilidad de la industria farmacéutica a un organismo semipúblico (Health Corporation Limited) y al sector privado. Hay cerca de 275 farmacias registradas y 520 farmacéuticos en el país.

El Laboratorio Nacional de Salud Pública es el servicio central de laboratorio del Ministerio de Salud. Investiga y vigila los alimentos y el agua y sirve de laboratorio de referencia para hospitales y clínicas, de laboratorio de referencia para fines de control de la calidad y de laboratorio clínico para el Hospital Público de Kingston y el Hospital Victoria Jubilee.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

La salud pública veterinaria es una responsabilidad conjunta de los Ministerios de Salud y de Agricultura y de varios otros organismos que cooperan para prevenir las zoonosis y reducir el riesgo de enfermedades transmitidas por los alimentos. La capacitación de inspectores de alimentos, la educación pública y la participación de la comunidad son las principales estrategias para mejorar los programas de manipulación higiénica de los alimentos y de control de roedores.

La Carta de Promoción de la Salud en el Caribe ha sido el marco de las estrategias de educación sanitaria y promoción de la salud en los países de la subregión, incluso en Jamaica, desde su adopción en 1993. En dicha Carta se hace hincapié en los aspectos multidisciplinarios y multisectoriales de la formulación de la política pública en materia de salud. La Oficina de Educación Sanitaria es la unidad encargada de planear, ejecutar, evaluar y coordinar los programas de educación sanitaria y promoción de la salud en el país. En virtud de la reforma del sector salud, la Oficina será parte de la División de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud.

Servicios de salud ambiental. El Gobierno reconoce la relación crítica que existe entre la salud y el medio ambiente y

el desarrollo económico sostenible. Ha señalado tres prioridades nacionales en ese campo: abastecimiento de agua y saneamiento comunitarios, manejo y evacuación de residuos sólidos y salud ocupacional. Varios programas mixtos de cooperación técnica trabajan para fortalecer los recursos humanos, la infraestructura y las instituciones encargadas de mantener los servicios ambientales.

El Ministerio de Salud comparte la responsabilidad de los servicios de salud ambiental con varias instituciones públicas, semipúblicas y privadas, tales como la Comisión Nacional del Agua. Los inspectores de salud pública asignados a los departamentos de salud de los condados se encargan de hacer cumplir las leyes de salud pública.

Más de 80% de la población tiene sistemas de acueducto, 12% recibe agua tratada de dudosa calidad y el 7% restante carece de agua de redes públicas de abastecimiento. Las principales fuentes de agua potable son los ríos y los pozos comunes y barrenados, recursos que están en peligro de grave degradación si persisten los métodos inadecuados de evacuación de residuos y la contaminación.

El uso continuo de sistemas de riego con zanjas abiertas, los sistemas de transporte y distribución de agua mal mantenidos, la sedimentación, la industrialización y el uso de sustancias químicas en la agricultura son amenazas para los recursos hídricos naturales.

Manejo de residuos sólidos y peligrosos. El tratamiento y la evacuación de los residuos líquidos y sólidos es motivo de profunda preocupación. En 1995 había 26 basureros oficialmente reconocidos, todos los cuales se encuentran en regiones ecológicamente precarias en lo que respecta a contaminación de la tierra, el agua y el aire. El Gobierno examina la posibilidad de establecer un programa nacional de racionalización del manejo de los residuos sólidos, que comprenda la construcción de rellenos sanitarios. Se señalaron seis sitios posibles. El de Riverton City está actualmente en proceso de conversión.

Veinte por ciento de la población tiene acceso a sistemas de alcantarillado, que existen solamente en las zonas urbanas y los centros turísticos más importantes de Kingston, Montego Bay, Ocho Ríos y Negril. El servicio de evacuación de residuos empleado por 50% de la población es la letrina de pozo y 28% tiene acceso a pozos sépticos individuales y sistemas de absorción. Hay 109 plantas de tratamiento de agua, 40% de las cuales se encuentran en la zona de Kingston-St. Catherine.

Los residuos sólidos y peligrosos, incluidos los subproductos industriales, y la contaminación del aire aumentan debido al incremento de la actividad industrial, la urbanización y el número de vehículos de motor. Para atender las quejas públicas relativas a la contaminación del aire se hicieron comprobaciones esporádicas de la calidad del aire en Waterloo Road en St. Andrew, en el basurero de Riverton City en Kingston y en Windsor Road en St. Catherine. Con asistencia del

Gobierno del Reino de los Países Bajos se adquirieron cuatro dispositivos para la toma de muestras de aire de volumen mínimo.

A largo plazo, en un estudio del manejo de residuos médicos en Jamaica se recomendó la construcción de incineradores especiales en Kingston y Montego Bay; la provisión de un sistema apropiado de separación, almacenamiento y recolección en toda la comunidad médica, y la modernización de los incineradores de las instalaciones existentes.

La evacuación de aguas servidas de los barcos que atracan en los puertos de Jamaica es motivo de preocupación, puesto que el país está expuesto al riesgo de propagación de enfermedades fecales-orales y del cólera.

Calidad del agua. Los principales proveedores de agua potable comprenden la Comisión Nacional del Agua y los Consejos de los Condados. En 1996 había cerca de 891 fuentes formales de suministro de agua que proporcionaban alrededor de 140 millones de galones diarios; 567 suministraban agua tratada. Según el Sistema de Vigilancia del Agua y del Saneamiento, 84% de los jamaicanos tienen acceso a agua potable. Si bien 96% de la población urbana dispone de agua potable, solo 69% de la rural tiene ese servicio. Doce por ciento de las personas carentes de acceso usan sistemas de recolección de agua de lluvia y manantiales protegidos; 4% no tienen suministro regular.

Se sobrepasó la meta del Ministerio de analizar 15.000 muestras de agua potable. En las 16.626 muestras analizadas, las tasas de residuo de cloro fueron satisfactorias en 13.234 (79,6%). De las 7.012 muestras tomadas, 1.635 (24,5%) estaban contaminadas con bacterias coliformes, lo que representa un aumento de 2,1% en comparación con las cifras de 1995. Esas muestras se tomaron sobre todo de las reservas de agua del Consejo de los Condados y de los tanques de uso doméstico. Los condados de Portland, St. Mary, Trelawny y Hanover necesitan mejorar sus prácticas de tratamiento de agua.

Se necesita colaboración intersectorial con los proveedores de agua potable para ofrecer servicios de acueducto a 16% de la población carente de acceso y mejorar sus prácticas de cloración. Asimismo, las personas que construyen letrinas de pozo o sistemas de alcantarillado en zonas con suelo de piedra caliza o un nivel freático alto deben pedir orientación al Departamento de Salud Pública para prevenir la contaminación del agua subterránea.

Control de vectores. El programa de control de vectores es parte integrante de la actividad cumplida por el Ministerio para prevenir brotes de enfermedades transmitidas por vectores. Continúa la vigilancia de *Aedes aegypti*, *Anopheles albimanus* y otros mosquitos, por medio de inspección de los criaderos en las casas, las zanjas de drenaje y los aeropuertos internacionales. Si bien el Ministerio de Salud realiza progra-

mas de educación pública, trata los criaderos con larvicidas y fumiga o nebuliza las comunidades infestadas por mosquitos, la participación de la comunidad es indispensable para asegurarse de que las zanjas de drenaje se mantengan limpias y los recipientes de almacenamiento de agua en el medio doméstico no fomenten la cría de mosquitos. En 1996 los índices de infestación de viviendas con *Aedes aegypti* (vector del dengue y de la fiebre amarilla) oscilaron entre 2% y 52%.

Alrededor de 90% de los aviones que aterrizan en los aeropuertos internacionales Norman Manley y Sangster realizan fumigación residual o durante el vuelo.

La Administración del Control de Plaguicidas vigila y controla el uso de plaguicidas químicos en la isla por medio del registro de productos; la concesión de licencias a importadores, fabricantes, vendedores y personal de control de plagas; la autorización de vendedores, y el registro de locales. El Ministerio de Salud aprobó reglamentación en virtud de la Ley de Plaguicidas de 1996; hay 330 plaguicidas diferentes registrados para uso en Jamaica.

Contaminación de playas y ríos. El Proyecto de Vigilancia de Playas y Ríos comenzó a ejecutarse en 1996. Las muestras de agua tomadas en Bluefields, la única playa para bañistas visitada, revelaron una concentración desaconsejable de bacterias coliformes fecales; los expertos locales han continuado con su labor de observación. Se vigilan Hunts Bay, el puerto de Kingston y tres playas de pesca como sitios testigo para determinar si hay vestigios de minerales en peces y camarones. Si bien las concentraciones de cadmio son muy bajas en todas las regiones, se observaron concentraciones elevadas de plomo en Hunts Bay y de zinc en todas las zonas de muestra. En los ríos Cobre, Black y Roaring, las tres corrientes observadas, los valores de demanda química de oxígeno fueron superiores a los previstos. En esos ríos no hubo indicios de vida piscícola.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

El Laboratorio Nacional de Salud Pública es el principal laboratorio del sector público y banco de sangre de la isla. Ofrece servicios de hematología, química, serología, bacteriología, histología, citología, exámenes de detección del VIH y otros. En 1996 se realizaron 738.450 exámenes de laboratorio; se facilitaron 17.759 unidades de sangre (cifra menor que la de 21.110 registrada en 1995 por haberse reducido la población de donantes); se sometieron 23.834 a la prueba de detección del VIH, y se efectuaron 995 análisis de tipificación genética (paternidad).

El Ministerio de Salud se encarga de los exámenes de rayos X, de contraste con ultrasonografía o sin esta, y de otros

servicios de imaginología de diagnóstico en los hospitales de toda la isla. Se prestaron servicios de rayos X a 166.268 clientes; 35.875 de ellos fueron pacientes internados y 130.393 ambulatorios.

El Servicio Médico de Urgencias es administrado conjuntamente por los Ministerios de Salud y Gobierno Local y la Brigada de Incendios de Jamaica y recibe fondos del Banco Interamericano de Desarrollo. Se han modernizado los departamentos de accidentes y urgencias así como los servicios de las estaciones de bomberos. Se capacitó a 35 médicos y enfermeros en técnicas avanzadas de mantenimiento de las funciones vitales de pacientes pediátricos y adultos con cardiopatía y traumatismos. El personal del Departamento de Medicina Social y Preventiva capacitó a 62 bomberos como técnicos especializados en medicina de emergencia. Las ambulancias están dotadas de equipo básico de mantenimiento de las funciones vitales, y el Ministerio de Salud proporcionó el equipo de comunicaciones necesario.

Las principales modalidades de tratamiento no invasivo empleadas en los hospitales del sector público comprenden productos farmacéuticos y fisioterapia. Los servicios de fisioterapia se ofrecen en hospitales generales regionales (tipo A) y en hospitales generales (tipo B), excepto en Mandeville, donde hay escasez de personal. El único hospital de condado (tipo C) que ofrece ese servicio es el de Falmouth. El Hospital Infantil Bustamante y el Hospital Nacional del Tórax (establecimientos especializados) también ofrecen esos servicios. Se realizaron 180.034 sesiones de fisioterapia para 48.844 clientes, lo que da una razón aproximada de 4:1.

Se ofrecen servicios radiológicos terapéuticos en el Hospital Público de Kingston y en el Regional de Cornwall. De los 2.633 clientes que recibieron tratamiento superficial con rayos X, 362 eran nuevos. También se administró radioterapia β a 109 pacientes (incluidos 40 clientes nuevos) en el Hospital Público de Kingston, el único establecimiento del sector público que ofrece ese servicio.

Se ofrecen servicios de fisioterapia y de tratamiento del abuso de sustancias en el Centro de Rehabilitación Sir John Golding para discapacidades físicas, el Centro Ken Royes para tratamiento de trastornos de salud mental, las Unidades de Desintoxicación del Hospital Regional de Cornwall y del Hospital Universitario. En el Patricia House y el Albergue y Centro de Rehabilitación para Hombres William Chamberlain se trata el abuso de sustancias. La Secretaría de Abuso de Drogas estableció mecanismos para ampliar la capacidad de generación de ingresos de los adictos en proceso de recuperación.

La Richmond Fellowship, Jamaica/Patricia House es una instalación residencial de 24 camas para ciudadanos nacionales o extranjeros residentes en el país por más de cinco años. El modelo de servicio adopta el método de la "comuni-

dad terapéutica" para tratar el abuso de sustancias, que se concentra en orientación individual y colectiva. En 1996 ingresaron 67 clientes, de los cuales egresaron 33. El financiamiento proviene del Ministerio de Salud y el ingreso es voluntario.

El Albergue y Centro de Rehabilitación para Hombres William Chamberlain es financiado y manejado por el Ejército de Salvación. Este servicio puede alojar a 25 personas. El programa dura de cuatro a seis meses y se ofrece solo a hombres toxicómanos. El ingreso es voluntario y todos los clientes se someten a evaluación psiquiátrica en la Unidad de Desintoxicación del Hospital Universitario antes de la internación.

Insumos para la salud

La División Farmacéutica emplea una lista de medicamentos vitales, esenciales y necesarios para orientar la adquisición de productos farmacéuticos. La tercera edición del Formulario Nacional de Medicamentos se publicó en 1997. Este documento abarca el concepto de uso racional de medicamentos y sirve de guía a los médicos, enfermeros, farmacéuticos y estudiantes de esas disciplinas. También se espera que ayude a mantener prácticas racionales de prescripción.

Health Corporation Limited, compañía semiprivada establecida en 1994 para asegurar la adquisición y distribución de productos farmacéuticos y suministros médicos de una forma eficiente y eficaz en función de los costos, ha atendido cerca de 70% de las necesidades esenciales del sector público.

Aunque la asignación presupuestaria para medicamentos esenciales ha pasado de US\$ 3 millones en 1991-1992 a US\$ 8,6 millones en 1996-1997, la capacidad de pago sigue siendo un motivo de preocupación constante del Gobierno. En ese sentido, existe una política que fomenta el uso de medicamentos genéricos. Además, en 1996 se lanzó el Programa de Medicamentos para Adultos Mayores de Jamaica para aliviar las dificultades experimentadas por clientes ancianos para obtener medicamentos para enfermedades como artritis, asma, diabetes, glaucoma e hipertensión. La respuesta a este programa ha sido abrumadora y hay 71.105 personas inscritas en toda la isla. También participan en el programa más de 100 farmacias del sector privado, lo que indica una buena asociación entre los sectores público y privado.

Para ampliar la accesibilidad a los productos farmacéuticos, el Ministerio de Salud colaboró con la Comisión de Asuntos de Consumo en una encuesta de precios de 33 medicamentos recetados para tratar el asma, la diabetes mellitus y la hipertensión, así como medicamentos de venta libre, tales como antiácidos, antihelmínticos (purgantes) y remedios para la tos y el resfriado.

Recursos humanos

El número de funcionarios de salud del sector público aumentó de 4.220 en 1991 a 4.968 en 1995, es decir, cerca de 18%. En 1995 había 417 médicos y 1.836 enfermeros diplomados. Hay escasez de varias clases de personal de salud y, por lo general, el personal está mal distribuido y las zonas rurales y menos prósperas tienen menor acceso a la atención de salud.

El Gobierno es el principal patrocinador y capacitador de trabajadores de salud. Gran parte de la capacitación se ofrece en el exterior y se financia por medio de la cooperación internacional. Por lo general, hay escasez de instalaciones y recursos de adiestramiento para el personal de atención de salud. Esta disparidad varía con la profesión, pero hay una particular necesidad de fortalecer y crear mayor capacidad para programas destinados a administradores de salud, otros especialistas en administración, especialistas en informática y fisioterapeutas. El sector privado en crecimiento crea mayor competencia por los escasos recursos humanos capacitados por el Gobierno. Los dispensadores particulares predominan en los servicios de atención ambulatoria y farmacia.

Además de fortalecer los recursos humanos existentes y las instalaciones de capacitación, es necesario establecer nuevas categorías de trabajadores de salud acordes con diferentes métodos de administración de recursos y prestación de atención.

Por último, hay pocos incentivos económicos para las personas que siguen o permanecen en las profesiones de salud seleccionadas, al menos en el sector público. La deficiencia del sistema de remuneración financiera, beneficios e incentivos contribuye a la mala distribución del personal en relación con las necesidades de recursos humanos. Por ejemplo, se sabe que el personal de enfermería se abstiene de aceptar nombramientos permanentes en los hospitales y que más bien opta por trabajar en atención primaria o acepta trabajo contractual a corto plazo en los hospitales. Este es un problema crítico en el caso de ciertas profesiones, como las de técnicos de laboratorio y farmacia. La escasez permanente de personal, la baja productividad y las huelgas frecuentes son comunes. No se deben pasar por alto esos problemas, puesto que el sector salud representa un segmento amplio y creciente de la economía y debe servir de fuente de una gran variedad de empleos en el futuro.

Gasto y financiamiento sectorial

Se estima que en 1995 el gasto total del sector salud de Jamaica fue de cerca de US\$ 348 millones. Según la fuente, el gasto total en salud constituye entre 5% y 8,9% del PIB. El gasto público representa aproximadamente 35% del gasto total por concepto de salud, lo que indica un cambio gradual

hacia el sector privado en el último decenio. Eso se aplica sobre todo a la atención ambulatoria prestada por el sector privado en un 75%. Cincuenta y dos por ciento del gasto total en medicamentos corresponde al sector privado.

El gasto público en salud representa alrededor de 6% del presupuesto público. El Gobierno presta 95% de la atención hospitalaria en el país y financia 65% de esta. Se destina una parte importante pero indeterminada de los fondos o recursos de los hospitales públicos a los médicos de ambos sectores. Eso redundará en un subsidio para los médicos particulares y los pacientes que pueden pagar por el uso de recursos públicos.

Los ingresos tributarios proporcionan casi 90% del presupuesto del Ministerio de Salud. Otras fuentes comprenden financiamiento bilateral y multilateral y programas de recuperación de costos, como el cobro de tarifas a los usuarios. Los primeros financian principalmente proyectos de capitalización y los últimos son empleados por las instituciones de cobranza para sufragar los gastos ordinarios.

En los últimos años el Ministerio de Salud ha tenido escasez permanente de fondos, problema agravado por las fluctuaciones generalmente desfavorables del dólar de Jamaica. Una gran parte del financiamiento de los servicios y otras actividades proviene de fuentes extrapresupuestarias, como préstamos y donaciones de fuentes bilaterales y multilaterales.

Con el crecimiento del sector privado, el público financia ahora alrededor de 35% del sistema nacional de salud. Se estima que en el ejercicio 1996-1997 el gasto público real alcanzó un total de US\$ 157 millones.

Si bien la remuneración y la atención secundaria siguen absorbiendo la mayor parte del presupuesto del Ministerio de Salud, ha mejorado la tendencia de las categorías correspondientes a partidas presupuestarias y programas. Esos gastos se redujeron a 58% y 51%, respectivamente. Alrededor de 18% del presupuesto ordinario se ha asignado a atención primaria de salud. La financiación del mantenimiento de la planta y del equipo, a la que se asigna actualmente menos de 1% del presupuesto de salud, sigue planteando un problema.

En los últimos años el Ministerio de Salud ha hecho más hincapié en la recuperación de costos de los servicios hospitalarios. El Programa de Iniciativas del Sector Salud, parte del movimiento de reforma de la atención de salud, ha introducido nuevos sistemas de administración conducentes a grandes aumentos del dinero recuperado de los pacientes de los hospitales. Lamentablemente, los cambios no guardan relación alguna con los costos reales y los aumentos de tarifas no pueden mantenerse al ritmo de los costos. En promedio, los hospitales recaudan tarifas equivalentes a alrededor de 5% a 10% de sus gastos. Se reconoce la necesidad de encontrar otras fuentes de financiamiento, tales como programas de seguro y asociaciones del sector público con el privado. Los in-

gresos de todas las fuentes representaron, en promedio, 2% del gasto total del Ministerio de Salud.

Cerca de 7% del presupuesto total del Ministerio para 1996–1997 provino de programas bilaterales y multilaterales, proporción compatible con la del presupuesto de 1995–1996 (7,4%). Por otra parte, las tarifas cobradas a los usuarios representaron 3,2% del presupuesto ordinario para 1996–1997, un aumento de 0,3% en relación con el año anterior. Se cobraron tarifas a los usuarios en tres campos principales, a saber, atención secundaria y terciaria, atención primaria y apoyo a los servicios de salud, que alcanzaron un total de US\$ 5.328.911 en 1996–1997. Puesto que los servicios de atención secundaria y terciaria tienen mejores mecanismos de recaudación, más de 95% de las tarifas cobradas a usuarios en 1996–1997 provinieron de los hospitales. Si bien las tarifas cobradas a los usuarios no son una parte importante del presupuesto del Ministerio de Salud, ofrecen a las instituciones de cobranza acceso a dinero en efectivo para comprar suministros cuando sea necesario.

Hay un gran número de organizaciones voluntarias locales y extranjeras que contribuyen a prestar servicios de atención

de salud. Los equipos médicos visitantes, los arreglos con instituciones médicas extranjeras, los préstamos del Estado y las campañas de recaudación de fondos son posibilidades comúnmente empleadas para obtener atención para los jamaquinos y merecen un análisis más profundo. Se necesita más información para lograr la administración eficiente de tan valiosos recursos.

Cooperación técnica y financiera externa

Hay muchas actividades de cooperación técnica y financiera externa en el sector salud y otros sectores relacionados. Jamaica y los organismos donantes siguen un método multisectorial para mejorar las condiciones de vida, otro factor esencial para el desarrollo socioeconómico sostenible. Entre los ejemplos se incluyen la prevención del sida, la reforma del sector salud, la inocuidad del agua y la evacuación de residuos, la reducción de la violencia y la erradicación de la pobreza. Los programas bilaterales y multilaterales financian alrededor de 7% del presupuesto del Ministerio de Salud.

MÉXICO

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Los Estados Unidos Mexicanos tienen un territorio de 1.967.183 km². El país está integrado por 31 estados y un Distrito Federal, sede del Gobierno. Los poderes constituidos son el ejecutivo, encabezado por el Presidente de la República, el legislativo, compuesto por la Cámara de Diputados y el Senado de la República, y el judicial, regido por la Suprema Corte de Justicia.

En diciembre de 1994 la moneda nacional sufrió una fuerte devaluación, al pasar de 3,1 a 7,5 pesos por dólar, lo que desató la peor recesión económica en varias décadas. De diciembre de 1994 a diciembre de 1995 la inflación aumentó de 7% a 52%. En 1995 el producto interno bruto (PIB) fue de US\$ 246.400 millones y el PIB per cápita fue de \$3.320. En el bienio 1995–1996 los salarios reales disminuyeron 22% y se contrajo el empleo en el sector formal. Las tasas de interés a corto plazo se dispararon, agravando las finanzas de las endeudadas familias y empresas, aunque el salario mínimo tuvo importantes aumentos que mantuvieron su valor real en magnitudes similares en 1995 y 1996.

En 1996 las principales variables macroeconómicas arrojaron saldos positivos y el PIB, estimulado por el auge de las exportaciones, creció 5,1%; la inflación fue de 27,7%, casi la mitad respecto del año crítico de 1995; el tipo de cambio del peso fluctuó levemente en torno de 7,58 por dólar; las tasas de interés a corto plazo descendieron a sus niveles más bajos desde diciembre de 1994; el empleo en el sector formal creció 2,1% con la creación de 583.000 empleos, lo que representó 71% de recuperación respecto del año anterior, al tiempo que la tasa de desempleo abierto se redujo a 10,5% (en 1995 fue de 11,2%). En 1997 los signos de recuperación económica se generalizaron, la economía creció 7% en el primer semestre, la inflación siguió bajando, la cuenta corriente nacional se acercó a una posición de equilibrio y el peso experimentó ligeras fluctuaciones.

El Tratado de Libre Comercio de América del Norte (entre Canadá, Estados Unidos de América y México), que entró en vigor en 1994, abrió nuevos mercados para las exportaciones y atrajo inversiones extranjeras, particularmente a la frontera norte del país, convertida en zona de expansión económica. Para el sector salud, el tratado tiene implicaciones derivadas de la liberación arancelaria para el intercambio de productos médicos y alimentarios, de los cambios de las normas sanitarias y fitosanitarias y de las regulaciones para la protección del ambiente, y del incremento de la movilidad de personas, productos y servicios.

Se estimó que en 1995 el porcentaje de personas que vivían en situación de pobreza, es decir sin ingreso o con ingresos de hasta dos salarios mínimos, fue de 60,4%. Los estados de Oaxaca, Chiapas, Yucatán, Hidalgo y Puebla presentaban la mayor proporción de pobres (entre 70% y 76%) y, coincidentemente, una elevada proporción de población indígena.

Entre 1990 y 1995 el número de viviendas particulares aumentó de 16 millones a 19,3 millones, la cobertura de servicios de agua entubada pasó de 79,4% a 85,7% y la de drenaje se incrementó de 63,6% a 74,9%. El 15,4% de las viviendas tenían piso de tierra en 1995.

De las 105.749 localidades del país, 52,7% se clasificaron de muy alta marginación, 20,9% de alta marginación, 14,7% de marginación media y 6,6% y 5,1% de baja y muy baja marginación, respectivamente. El 16,9% de la población vivía en las localidades de muy alta y alta marginación, 9,0% en las de estrato medio, 8,3% en las de baja marginación y 65,8% en las de muy baja marginación. Hay una gran concentración de muy alta marginación en los estados de Chiapas (73,6% de sus localidades y 36,8% de la población), Guerrero (80,4% y 33,1%) y Oaxaca (71,1% y 34,4%), los tres con importantes grupos de población indígena. La marginación es un fenómeno predominantemente rural: 7 de cada 10 localidades entre 100 y 999 habitantes se ubican en las categorías de muy alta y alta marginación (9.115.601 personas); también parece tener raíces étnicas: de las 13.466 localidades con 40% o más de hablantes de lengua indígena, 12.870 se

ubicar en la categoría de muy alta o alta marginación (95,6%).

En 1995 el porcentaje de población alfabetizada era de 89,3% (87,6% en 1990), 91,4% para los hombres y 87,2% para las mujeres. El 71,3% de los hombres había alcanzado algún grado de educación secundaria frente a 65,2% de las mujeres. Hay también marcadas diferencias entre las zonas urbanas y las rurales.

Se estimó para 1997 una población de 94,7 millones, 2,3 millones de nacimientos y cerca de 425.000 defunciones, lo que unido al saldo migratorio negativo de 300.000 personas arroja un crecimiento neto de poco más de 1,5 millones de personas y una tasa anual de crecimiento de 1,62%. Entre 1992 y 1995 la población aumentó 13% pese a la disminución de la tasa de crecimiento natural (1,87% en 1993 y 1,72% en 1995) y el número de hijos por mujer continuó reduciéndose (3,08 en 1992 y 2,73 en 1996). La tasa bruta de natalidad disminuyó de 26,78 por 1.000 habitantes en 1992 a 24,46 por 1.000 en 1996.

Entre 1990 y 1995 el porcentaje de población que vivía en localidades de menos de 2.500 personas (medio rural) disminuyó de 28,7% a 26,5%, mientras que el que habitaba en localidades de más de 500.000 habitantes aumentó de 22,0% a 25,0%. En 1995, de cada 10 mexicanos 6 vivían en ciudades, 3 en zonas rurales y 1 en localidades de transición rural-urbana. La población urbana, es decir residente en localidades de más de 15.000 habitantes, era de 58,4 millones (64%) y la no urbana ascendía a 32,8 millones (36%). Los estados con mayor población urbana eran el Distrito Federal (100%) y Nuevo León (90,6%) y los de mayor población no urbana eran Oaxaca (77,1%) y Chiapas (72,8%). En el área metropolitana de la ciudad de México habitaban 16,8 millones de personas, 18,5% de la población nacional.

La migración interna se estimó en 27,5 millones de personas (32,2% de la población) para 1993, de las cuales 60% pasaron los límites estatales y el restante 40% fue intermunicipal, dentro del mismo estado. La migración laboral de carácter temporal hacia los Estados Unidos de América fue de 792.000 personas en 1993 y de 543.000 en 1995, con predominio de varones (94,5% en 1993 y 94,5% en 1995), en edades económicamente activas (88,3% en 1993 y 89,6% en 1995 entre 12 y 44 años) y de procedencia urbana (57,6% en 1993 y 54,7% en 1995). El saldo neto de la migración permanente a los Estados Unidos se calculó en 1,5 millones de personas entre 1990 y 1995 (de 1980 a 1989 fue de 2,5 millones) y la población mexicana que vive en ese país se estima entre 7,0 y 7,3 millones de personas.

La población menor de 15 años disminuyó de 38,3% en 1990 a 34,7% en 1997 al tiempo que se incrementó la de mayores de 65 años de 4,2% a 4,4% respectivamente. En 1997 la tasa media anual de crecimiento en los grupos de 5 y menos años y de 6 a 14 años fue de -0,5% y 0,1%, respectivamente;

en cambio, ese año la población de 15 a 64 años tuvo un crecimiento de 2,4% y el grupo de 65 y más años uno de 3,9%, lo que ratifica la tendencia al envejecimiento de la población observada desde la década anterior. El índice de dependencia pasó de 104,0 en 1970 a 68,1 en 1994 y se estima que para el 2000 será de 60,1 dependientes por 100 personas de 15 a 64 años. La población de 15 a 24 años de edad alcanzó en 1997 su mayor volumen histórico, tanto en términos absolutos (19,9 millones en 1997) como relativos (21,2%), y su distribución experimentó un gran cambio en las últimas décadas, ya que de ser un grupo mayoritariamente rural (60%) en 1960 pasó a ser predominantemente urbano en 1997 (74%). Aunque la cantidad de jóvenes rurales aumentó en esos 35 años de 3,9 millones a 5,3 millones, con una tasa anual de crecimiento inferior a 1%, el aumento en la población de jóvenes urbanos fue seis veces más rápido (4,9% anual), lo que se tradujo en un incremento de 2,6 a 14,6 millones. En 1995, 46% de los jóvenes participaban en la actividad económica; la participación masculina era el doble (60,8%) que la femenina (30,9%).

La tasa global de fecundidad, que ya venía descendiendo marcadamente desde la década anterior, pasó de 3,08 hijos por mujer en 1992 a 2,73 en 1996 (13,6% de reducción), y los estados con niveles históricos altos de fecundidad tuvieron las reducciones más marcadas: Guerrero pasó de una tasa global de fecundidad de 5,6 hijos en 1980-1984 a una de 3,5 en 1991-1995, Michoacán de 5,4 a 3,4 y Oaxaca de 5,6 a 3,8. La Encuesta Nacional Demográfica de 1994 encontró que las mujeres sin instrucción escolar tenían en promedio 4,1 hijos, en contraste con las que habían aprobado al menos un grado del nivel secundario, que tenían 2,4 hijos, y que las que no participaban en la actividad económica directamente tenían más del doble de hijos que las que participaban (3,2 y 1,4 hijos, respectivamente).

La esperanza de vida al nacer registró pocos cambios entre 1992 y 1996, al pasar de 72,1 a 73,3 años (73,2 a 76,4 años para las mujeres y 68,9 a 70,1 años para los hombres), con una amplitud en 1991-1995 de 65,7 años para los hombres y 72,5 para las mujeres en Oaxaca, y de 70,4 para los hombres y 76,4 para las mujeres en Nuevo León, lo que representa una sobremortalidad de 33% en Oaxaca respecto de Nuevo León.

Mortalidad y morbilidad

La tasa de mortalidad general sigue descendiendo, al pasar de 4,8 defunciones por 1.000 habitantes en 1992 a 4,7 en 1995. Las caídas más pronunciadas se observaron en la mortalidad infantil (18,7 en 1992 y 17,5 en 1995), en el grupo de 1 a 4 años (1,3 en 1992 y 1,2 en 1995) y en los mayores de 65 años (5,3 en 1992 y 5,2 en 1995). El Distrito Federal mostró la

tasa de mortalidad general más alta en 1995 (5,8 por 1.000 habitantes), seguido de Puebla (5,6) y Oaxaca (5,4). El número de defunciones en 1995 fue mayor en los hombres que en las mujeres para los grupos de menores de 1 año (27.237 y 20.718, respectivamente), de 1 a 4 años (5.734 y 4.943) y de 5 a 14 años (4.795 y 3.241), y en los grupos de 15 a 64 años, en el que las muertes masculinas fueron casi el doble que las femeninas (105.913 y 57.247) y a los 65 y más años de edad (97.211 y 100.785, respectivamente). En 1995, el índice de sobremortalidad masculina nacional fue de 129,2 y en todos los estados este indicador superó los 100.

La tasa de mortalidad infantil en 1995 fue de 17,5 por 1.000 nacidos vivos, lo que representa una disminución de 26,8% con respecto a la registrada en 1990. Entre 1994 y 1995 se elevó la tasa registrada de mortalidad infantil (17,0 y 17,5 respectivamente). Las autoridades de salud estiman que esto se debió a las correcciones efectuadas al número de recién nacidos, ya que las muertes registradas disminuyeron en ese período, y consideran más confiable la tasa de mortalidad infantil ajustada, que refleja un descenso entre 1994 (26,5) y 1995 (25,9). Este último año, la tasa de mortalidad neonatal precoz (menos de 7 días) fue de 7,7 por 1.000 nacidos vivos y la tardía (7 a 28 días) de 2,3 por 1.000, mientras que la tasa de mortalidad posneonatal fue de 7,5 y la de mortalidad perinatal, de 14,5.

En 1995, la mortalidad materna fue de 5,3 por 10.000 nacidos vivos registrados, más alta que en 1994, cuando alcanzó a 4,8, y en niveles cercanos a 1990, cuando fue de 5,4 por 10.000. El incremento de la mortalidad materna en 1995 se atribuyó al mejor registro de las muertes a partir del uso del nuevo certificado de defunción, que investiga la preexistencia de embarazos en todos los fallecimientos de mujeres en edad fértil. Las tasas de mortalidad materna más elevadas en 1995 fueron las de Puebla (11,2 por 10.000 nacidos vivos), Tlaxcala (9,7) y Oaxaca (9,0).

En general, las causas de muerte más frecuentes siguen siendo las enfermedades cardiovasculares (tasa de 64,1 defunciones por 100.000 habitantes en 1992 y de 69,4 por 100.000 en 1995), seguidas por los tumores malignos (50,4 y 52,6 en los mismos años), los accidentes (44,1 y 38,8) y la diabetes mellitus (32,6 y 36,4). La enfermedad cerebrovascular (CIE 9, 430-438) que ocupaba el sexto puesto en 1992 (tasa de 24,7) pasó al quinto desde 1993 (tasa de 25,5 en 1995) y las afecciones originadas en el período perinatal (CIE 9, 760-779) que en 1992 ocupaban el quinto lugar pasaron al séptimo en 1995 (tasa de 22,4), mientras que la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado se colocaron en sexto lugar en 1995 (tasa de 23,2).

Las defunciones por enfermedades del corazón (CIE 9, 410-414) son más frecuentes en los hombres que en las mujeres, pero la diferencia entre los sexos se ha acortado entre 1992 (tasa de 72,4 por 100.000 habitantes en hombres y 69,7

en mujeres) y 1995 (76,3 y 75,4, respectivamente). En cuanto a los tumores malignos, el predominio de defunciones en mujeres, atribuido al elevado número de muertes por tumor del cuello del útero, se está reduciendo y en 1995 la tasa en mujeres fue de 54,6 y en hombres de 50,6 frente a 53,1 y 46,2 respectivamente en 1992. La tasa de mortalidad por accidentes es más elevada en los hombres que en las mujeres (60,3 y 17,6 respectivamente en 1995) mientras que la de mortalidad por diabetes mellitus es más alta en las mujeres que en los hombres (40,4 y 32,3 respectivamente); lo mismo ocurre con las enfermedades cerebrovasculares (27,1 y 23,9). La edad promedio de muerte por las 10 principales causas de defunción no ha variado sustancialmente entre 1992 y 1995; para las enfermedades del corazón esta fue de 78,7 años en 1992 y 78,8 en 1995, para los tumores malignos, de 61,6 y 61,9, para los accidentes, de 35,6 y 36,6, y para la diabetes mellitus, de 66,3 y 66,2 respectivamente.

Entre las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, las infecciones respiratorias ocuparon el primer lugar en cuanto a demanda de consulta ambulatoria en 1996, con 22,5 millones de casos nuevos (tasa de 24.154,6 casos por 100 habitantes), seguidas por las infecciosas intestinales diarreas, con 4,05 millones de casos (tasa de 4.355,2) y la amibiasis intestinal, con 1,3 millones de casos (tasa de 1.488,6). En 1995, el sistema de información sobre egresos hospitalarios en el sector público registró 3.619.341 egresos (3.184.007 en 1991), de los cuales 65,6% eran afiliados a la seguridad social y 34,4 población abierta o no asegurada atendida en unidades de la Secretaría de Salud. El 56,6% de los egresos correspondió al grupo de 15 a 44 años, 13,8% al de 45 a 64 años, 11% a mayores de 65 años, 7,6% a menores de 1 año, 5,9% al grupo de 5 a 14 años y 5,1% al de 1 a 4 años. La mayor cantidad de egresos correspondió al sexo femenino (68,9% del total), y el promedio general de estancia fue de 4,0 días por egreso en 1995. Las causas de egreso hospitalario de mayor frecuencia durante 1995 fueron las afecciones obstétricas directas (17% del total), el parto normal (13,6%), los traumatismos y envenenamientos (7,3%), las enfermedades del aparato urinario (4,7%), las enfermedades del aparato circulatorio (4,6%), las fracturas (3,2%), los abortos (3,1%) y los tumores malignos (2,7%), el más frecuente de los cuales es el del cuello del útero (12,1% del total de los tumores malignos), la leucemia (11,2%) y el cáncer de mama (9,4%).

En 1995 se notificaron 88.764 defunciones en hospitales del sector público, 60,2% correspondieron a la población derechohabiente de la seguridad social y 39,8% a la población abierta (53,8% en hombres y 46,2% en mujeres). Las causas de defunción más frecuentes fueron las enfermedades del aparato circulatorio (18,4% del total de muertes), ciertas afecciones originadas en el período perinatal (12,9%), los tumores malignos (9,6%), la diabetes mellitus (9,3%), las enfermedades cerebrovasculares (6,1%), la cirrosis y otras enfermedades

crónicas del hígado (5,3%) y las enfermedades infecciosas y parasitarias (4,8%).

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La salud de los niños ha seguido mejorando, como lo pone de manifiesto la erradicación de la poliomielitis desde 1991, la reducción drástica de la morbilidad y la mortalidad por sarampión, tos ferina, difteria y tétanos neonatal, el continuo descenso en la mortalidad infantil y de los menores de 5 años, así como de las muertes por enfermedades diarreicas y respiratorias. Estos logros se atribuyen a la conjunción de factores demográficos y socioeconómicos, a lo que se añaden las intervenciones específicas del sector: altas coberturas con esquema completo de vacunación, uso de sales de rehidratación oral y entrega de un paquete básico de servicios a la población sin acceso regular a los servicios de atención médica.

No obstante, la salud de los niños no es homogénea en todo el país. En 1995, la zona central presentaba la tasa de mortalidad infantil más elevada, con 22,3 muertes por 1.000 nacidos vivos, mientras que las zonas norte y sur mostraban tasas de 12,2 y 12,8 respectivamente. Los estados de Puebla (33,2), Tlaxcala (28,7) y México (26,8) presentaban las tasas más elevadas, en contraste con Durango (3,9), Sinaloa (5,9) y Guerrero (8,5), que exhibían las más bajas. En los menores de 5 años, las diferencias entre regiones se repiten: en el centro se observa la mayor tasa, 21,5 por 1.000 nacidos vivos, seguida por el sur (17,3) y el norte (14,6).

El orden de las principales causas de muerte en los menores de 1 año entre 1992 y 1995 no varió, de manera que las más frecuentes siguieron siendo las afecciones del período perinatal, con una tasa de 777,8 defunciones por 100.000 nacidos vivos en 1992 y de 745,4 en 1995, las anomalías congénitas, cuya tasa aumentó de 248,8 por 100.000 en 1992 a 268,4 en 1995, la neumonía e influenza, con 184,2 en 1992 y 127,3 en 1995, las deficiencias de la nutrición, con 61,3 en 1992 y 53,2 en 1995, y los accidentes, con 44,3 en 1992 y 46,0 en 1995.

De acuerdo con los registros de los hospitales públicos, en 1995 los motivos de egreso más frecuentes en los menores de 1 año fueron las afecciones del período perinatal, con 157.454 casos y 57,3% del total de egresos (102.379 casos y 48,5% en 1992), las enfermedades del aparato respiratorio, con 29.054 casos y 10,6% en 1995 (30.299 casos y 14,3% en 1992), las enfermedades infecciosas y parasitarias, con 22.766 casos y 8,3% en 1995 (27.133 casos y 12,8% en 1992), y las anomalías

congénitas, con 20.166 casos y 7,3% en 1995 (16.459 casos y 7,8% en 1992).

En los niños de 1 a 4 años de edad los accidentes siguen siendo la primera causa de muerte, con tasas de 25,1 por 100.000 habitantes en 1992, de 24,3 en 1994 y de 22,8 en 1995, seguidos por la neumonía e influenza (14,7 en 1992, 16,5 en 1994 y 16,4 en 1995), las enfermedades infecciosas intestinales (24,2 en 1992 y 15,4 en 1995), las anomalías congénitas (8,4 en 1992 y 10,4 en 1995) y las deficiencias de la nutrición (7,9 en 1992 y 8 en 1995). En cuanto a la morbilidad, para 1995 los registros de egresos hospitalarios de niños de este mismo grupo de edad muestran que 32,8% del total corresponden a enfermedades respiratorias (31,3% en 1992), 16,6% a enfermedades infecciosas y parasitarias (15,3% en 1992) y 10,7% a traumatismos y envenenamientos (11,4% en 1992).

La salud del escolar

Las principales causas de muerte en 1995 fueron los accidentes, con una tasa de 11,8 por 100.000 habitantes (16,2 en hombres y 7,3 en mujeres), entre los cuales los más frecuentes fueron los de tráfico de vehículos de motor (tasa de 4,9, 6,7 en hombres y 3,1 en mujeres); el segundo lugar lo ocuparon los tumores malignos, con 4,3 por 100.000 (4,6 en hombres y 3,6 en mujeres), el más frecuente fue la leucemia, con 2,3 (2,5 en hombres y 3,6 en mujeres). El tercer lugar correspondió a las anomalías congénitas para las mujeres (2,0) y los homicidios y lesiones infligidas por otra persona para los hombres (2,5). El cuarto lugar lo ocuparon las neumonías e influenza para las mujeres (1,7) y las anomalías congénitas para los hombres (2,0). Comparando las principales causas de muerte en 1995 y en 1992, lo más notable es la disminución de las tasas de muertes por accidentes en 20% (tasa de 14,8 en 1992).

En los niños de 5 a 14 años los datos de morbilidad muestran que en 1995 los traumatismos y envenenamientos constituyeron 20,5% de las hospitalizaciones para esa edad, seguidos por las enfermedades del aparato respiratorio, con 17,1%, las enfermedades del aparato digestivo, con 13,1%, y las enfermedades del aparato genitourinario, con 7,4% del total de los egresos. El orden de las causas de egreso no ha variado entre 1992 y 1995 y la frecuencia es bastante aproximada en todos esos años.

En 1995 se contaron 14.324 menores viviendo en las calles que son atendidos por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) mediante una estrategia de corresponsabilidad de los niños, la familia y la comunidad, que incluye un estímulo económico, la entrega de una despena básica y revisiones médicas preventivas, al menos tres veces al año. Alrededor de 60 organizaciones no gubernamentales

trabajan con estos niños y se ignora la cantidad precisa de menores a los que atienden.

La salud del adolescente

La mayoría de las muertes en jóvenes entre los 15 y los 24 años de edad son por lesiones; 61,6% tuvieron esta causa en 1995 (63,3% en 1991), 32,1% se debieron a enfermedades no transmisibles (29,3% en 1991) y 6,2% a enfermedades transmisibles (7,4% en 1991).

El análisis del comportamiento reproductivo en los jóvenes muestra que la edad promedio de la primera unión matrimonial (19 años) y la edad media de nacimiento del primer hijo (21 años) no ha variado en los últimos cinco años. El 16% de los nacimientos de 1996 correspondieron a madres adolescentes. La prevalencia del uso de anticonceptivos en adolescentes con vida sexual activa, que experimentó un gran aumento entre 1986 y 1992, se mantuvo desde entonces en alrededor de 36%, lejos del 60% trazado como meta para el 2000. Una encuesta sobre planificación familiar realizada en nueve estados encontró que 92% de los jóvenes entrevistados estaban de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos, fracción que se incrementó a 94% entre quienes tenían escolaridad secundaria o más y fue de 87% entre los que poseían nivel primario o menos. De acuerdo con el lugar de residencia, la frecuencia relativa variaba entre 87% en la zona rural y 93,7% en la urbana.

Un problema de creciente importancia en este grupo es el consumo de alcohol y drogas. Encuestas realizadas en el Distrito Federal reflejan que ha crecido la cantidad de jóvenes de 12 a 18 años que han consumido alcohol alguna vez (55,8% en 1986, 65,5% en 1991 y 73,8% en 1994). El sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, de la Secretaría de Salud, informó que el perfil característico del consumidor de drogas es el de un varón de 15 a 19 años de edad, sobre todo soltero y con baja escolaridad, que la marihuana y los inhalantes son las drogas más recurrentes en adolescentes, y que su consumo alcanzó a 4% en los últimos años.

La salud del adulto

Entre 1991 y 1995 la tasa de mortalidad en personas de 15 a 64 años de edad descendió de 301,2 por 100.000 habitantes a 296,9 por 100.000. La principal causa de muerte fueron los accidentes, cuya tasa descendió de 50,7 por 100.000 habitantes en 1991 a 42,7 por 100.000 en 1995 (los más frecuentes fueron los de vehículo de motor, con 40% del total y causantes de 43,5% de las muertes); les siguen los tumores malignos, con 37,3 y 39,3 por 100.000 respectivamente; en tercer lugar se encuentran las enfermedades del corazón, con

29,5 y 31,4 por 100.000 respectivamente; en cuarto lugar las cirrosis y otras enfermedades del hígado, con 26,5 y 27,2 por 100.000 respectivamente. Las muertes por homicidios y lesiones causadas por otras personas pasaron del quinto lugar en 1991 (25,9) al sexto en 1995 (25,3) y las ocasionadas por el sida, que en 1991 ocupaban el doceavo lugar, con una tasa de 3,8 por 100.000, ascendieron al noveno lugar en 1995, con una tasa de 7,0 por 100.000.

De acuerdo con registros hospitalarios, en 1995 la causa más frecuente de egreso en la población de 15 a 44 años de edad fueron las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, que representaron 60% del total de los egresos en 1995 (65,4% en 1992), seguidas por los problemas del aparato digestivo (7,3% en 1995 y 5,7% en 1992) y las enfermedades del aparato genitourinario, con 6,5% (5,3 en 1992), y los traumatismos y envenenamientos con 6,2% (5,1 en 1992). Para el grupo de 45 a 64 años las causas de egreso más frecuentes en 1995 fueron las enfermedades del aparato genitourinario, con 18,3% (17,1% en 1992), las enfermedades del aparato digestivo, con 17,5% (17,4% en 1992), las enfermedades del aparato circulatorio, con 11,7% (10,8% en 1992) y los tumores, con 10,7% (10,8 en 1992).

La mayor información sobre la salud de la mujer corresponde al proceso reproductivo. En 1995 se produjeron 1.454 muertes maternas (1.477 en 1990), 87,1% se debieron a causas obstétricas directas (92,1% en 1990) desglosadas en 28% por toxemia del embarazo, 23,6% por hemorragias del embarazo y el parto, 11,6% por complicaciones del puerperio, 1% por parto obstruido, 1% por infecciones del aparato genitourinario y 21,6% por las demás causas directas. La cobertura del programa nacional de planificación familiar aumentó entre 1987 y 1996 de 52,7% a 66,5% de las mujeres en edad fértil, y los mayores incrementos fueron en las mujeres sin instrucción primaria completa, en las que la cobertura pasó de 23,7 en 1987 a 48,4% en 1995. La distribución de usuarias según el método utilizado fue: oclusión tubárica bilateral (41,3%), dispositivo intrauterino (21,9%), métodos tradicionales (13,4%), anticonceptivos orales (12,7%), inyecciones (4,6%), locales (5,1%) y vasectomía (0,9%). La Secretaría de Salud informa diferencias entre estados en el uso de anticonceptivo por las mujeres, pues mientras en Baja California Sur, Nuevo León, Distrito Federal, Baja California, Coahuila y el estado de México la prevalencia fue superior a 75%, en Guerrero, Chiapas y Oaxaca este indicador no superó 56%.

La cobertura de la atención prenatal por un agente de salud aumentó y el promedio de consultas prenatales por mujer embarazada pasó de 2,2 en 1990 a 2,8 en 1996. Una encuesta realizada en 1995 encontró que el personal médico participó en la atención de 86,1% de los embarazos ocurridos entre 1993 y 1995, lo que representa un incremento de más de la mitad en los últimos 20 años, y el porcentaje de partos

atendidos en hospitales públicos aumentó de 54,3% a 65,8% entre 1990 y 1995.

El cáncer del cuello del útero y el de la glándula mamaria constituyen problemas de salud pública que demandan acciones urgentes y más efectivas. La mortalidad por cáncer cervicouterino pasó de 10,2 por 100.000 mujeres en 1990 a 9,5 por 100.000 en 1995 y la mortalidad por cáncer mamario pasó de 5,3 a 6,6. Un estudio muestral en mujeres de 15 a 49 años de la ciudad de México halló que 65,0% de las entrevistadas se había practicado el examen citológico vaginal de Papanicolaou, en contraste con 30,2% en una zona rural del estado de Oaxaca también estudiada, y los principales factores identificados como predictores para la realización de este examen se asociaron con elementos socioeconómicos y de riesgo reproductivo.

La salud del adulto mayor

La transición demográfica que experimentó el país en las últimas décadas incrementó la población mayor de 65 años en términos absolutos y relativos, imponiendo al sistema de salud nuevos retos, derivados de las necesidades de salud de este grupo. La proporción de personas mayores de 65 años hospitalizadas aumentó en forma sostenida: en 1991 constituían 7,2%, en 1993, 8,2%, y en 1995, 11,0% del total de egresos hospitalarios en el sistema público. Las causas de hospitalización más frecuentes en 1995 eran las enfermedades del aparato circulatorio (17,8% del total de egresos en esta edad), las enfermedades del aparato genitourinario (16,0%), las enfermedades del aparato digestivo (13,8%) y las enfermedades del aparato respiratorio (9,5%).

En 1995, las principales causas de muerte en los mayores de 65 años fueron las enfermedades del corazón (tasa de 1.188 por 100.000 personas), los tumores malignos (655,3 por 100.000), de los que los más frecuentes fueron los de la tráquea, los bronquios y el pulmón (101,0 por 100.000), el estómago (75,4) y la próstata (71,0); les siguen la diabetes mellitus (501,9), la enfermedad cerebrovascular (449,4), la neumonía e influenza (224,6), las deficiencias de la nutrición (163,9), y la bronquitis crónica, asma y enfisema (163,8).

La salud de los indígenas

En 1995, la población indígena, entendida como todos los hablantes de lengua indígena y los miembros de hogares en los que el jefe o su cónyuge lo son, se calculó en 9,17 millones de personas, con una tasa media de crecimiento de 1,23% con respecto a 1990, casi la mitad del resto de la población (2,13%). La esperanza de vida al nacer de los indígenas se estimó para 1995 en 69,5 años (67,6 para los hombres y 71,5

para las mujeres), inferior en más de 3 años a la del resto de la población, diferencia que equivale a un nivel de mortalidad 30% superior, más marcado en las mujeres (36%) que en los hombres (25%). La tasa de mortalidad infantil era casi el doble que en el resto de los habitantes (54 frente a 29 muertes por 1.000 nacidos vivos). El promedio de hijos en las mujeres indígenas fue de 4,1, frente a 2,9 en las no indígenas.

En 1995, los años potenciales de vida perdidos (APVP) per cápita por los tres principales grupos de causas de muerte mostró una mortalidad prematura de 19,0 años para los hombres frente a 15,3 en los no indígenas y de 15,4 para las mujeres frente a 11,2 en las no indígenas. La brecha de APVP entre indígenas y no indígenas por enfermedades transmisibles y perinatales fue de 2,5 años en los hombres y de 2,6 en las mujeres; por enfermedades no transmisibles fue de 0,8 años en los hombres y de 1,6 en las mujeres; finalmente, por accidentes y lesiones fue de 0,4 en los hombres y no hay diferencias en las mujeres. Entre los pueblos indígenas hay diferencias aún insuficientemente explicadas; se encuentra un nivel más bajo de mortalidad infantil en las mujeres hablantes de chontal (33 por 1.000 nacidos vivos), maya (36), chinanteco (40) y zapoteco (40), en comparación con las que hablan chatino (77), popoluca (79), tarahumara (79), tepehunán (80), tzotzil (81) y tojolabal (87). También se observan diferencias en el número de hijos, con extremos de 3,7 hijos en los chontales y 4,5 hijos en los tojolabales.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. La malaria sigue siendo endémica, aun cuando el número de casos disminuyó más de la mitad entre 1992 y 1996 (18,6 y 6,8 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). El último brote epidémico fue en la década de 1980; en 1985 se registraron la mayor cantidad de casos (134.000). En 1996 se notificaron 6.293 casos y los estados con mayor incidencia fueron Sinaloa, con una tasa de 109,3 por 100.000 en 1992 y 63,5 en 1996 y Chiapas, con 107,7 por 100.000 en 1992 y 42,7 en 1996. Los casos de infección por *Plasmodium falciparum* fueron 69 en 1995 y 60 en 1996, todos en los estados de Chiapas y Tabasco.

Hubo un pico epidémico de dengue en 1980, con cerca de 51.000 casos; en años posteriores el número de casos disminuyó en forma irregular, con 14.396 casos de dengue clásico y 355 del tipo hemorrágico en 1995 y 20.056 y 884 respectivamente en 1996. En este último año, más de 60% de los casos se presentaron en el grupo de 15 a 44 años de edad y 78% de los afectados habitaban en seis estados del país: Veracruz (26,6% de los casos), Tamaulipas (23,3%), Colima (10,3%), Sonora y Tabasco (6,7% cada uno) y Nuevo León (5,1%). En

1994 se aisló el serotipo 3 de dengue y actualmente circulan los cuatro serotipos. Ese mismo año se encontró *Aedes albopictus* en los estados del norte, lindante con Texas. La tasa de incidencia del dengue hemorrágico aumentó de 0,03 por 100.000 habitantes en 1994 (30 casos) a 0,39 en 1995 y a 0,95 en 1996, año en que la mayor cantidad de casos se notificaron en Veracruz (358), Tamaulipas (198) y Nuevo León (85).

Entre 1992 y 1996 la oncocercosis mostró un comportamiento estacionario, con 24.870 casos en 1992, 26.029 en 1995 y 25.889 en 1996, y las autoridades de salud estiman que el uso de ivermectina desde 1989 ha ayudado a contener la diseminación de la enfermedad. La zona endémica abarca 16.900 km² de los estados de Oaxaca y Chiapas al sudeste del país, y la población en riesgo se calcula en 280.000 personas distribuidas en 947 localidades.

Los casos de leishmaniasis aumentaron de 502 en 1992 a 1.579 en 1995 y a 1.025 en 1996. Existe un subregistro no bien calculado.

La tripanosomiasis está aumentando en frecuencia y virulencia. El Instituto Nacional de Cardiología estima que la cardiopatía chagásica aumentó y que 15 millones de personas se encuentran en riesgo de infección, y calcula en 500 el número potencial anual de estas cardiopatías. Las defunciones por esta causa pasaron de 11 en 1992 a 18 en 1995 y la prevalencia serológica en bancos de sangre fue de 0,8% en 1995. El tamizaje rutinario de enfermedad de Chagas y de oncocercosis en la sangre donada se realiza solo en los sitios endémicos del país. El alacranismo afecta a 16 estados y en 1992 se registraron 48.465 casos, que se incrementaron a 83.672 en 1995 y a 108.359 en 1996. Se estima que mueren más de 300 personas anualmente por esta causa.

Enfermedades inmunoprevenibles. La cobertura de vacunación con esquema completo pasó de 75,3% en 1993 a 88,2% en 1996 en los menores de 1 año y de 90,1% a 95,8% en los niños de 1 a 4 años. La poliomielitis se erradicó desde 1991 y no hay indicios de que el poliovirus silvestre circule en el país. Los casos de sarampión se redujeron en forma significativa, al pasar de 27.790 en 1990 a 12 en 1995, y las defunciones por esta causa pasaron de 5.899 en 1990 a 2 en 1995. El tétanos tuvo un comportamiento descendente, con una incidencia de 0,23 casos por 100.000 habitantes en 1992 y 0,14 por 100.000 en 1995. El tétanos neonatal mostró una tendencia descendente, con 137 casos en 1992 (tasa de 0,16 casos por 100.000 habitantes) y 67 en 1995 (0,07 por 100.000). Se notificaron casos aislados de tos ferina, con una tasa de 0,16 casos por 100.000 habitantes en 1992 y 0,21 por 100.000 en 1996. En los últimos años no se notificaron casos de difteria.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. La tasa de enfermedades diarreicas (incluido el cólera) au-

mentó en los últimos años de 3.653,1 casos por 100.000 habitantes en 1993 a 5.842,5 por 100.000 en 1995. Las hospitalizaciones por esta causa mostraron una tendencia decreciente, con 202,8 egresos por 100.000 habitantes en 1992 y 102,2 por 100.000 en 1995.

La mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales disminuyó de 22,0 por 100.000 habitantes en 1991 a 10,5 por 100.000 en 1995 y mostró igual tendencia en los menores de 5 años, al pasar de 91,8 a 77,8. Los estados con tasas más altas en 1995 fueron Tlaxcala (177,0), Puebla (164,3), México (135,4) y Querétaro (113,0), y los menores de 1 año fueron el grupo más vulnerable, con 70,5% y 80,2% de las defunciones en los menores de 5 años en 1990 y 1995 respectivamente. Los hombres presentaron una tasa de mortalidad más alta que las mujeres. La reducción de la mortalidad en los menores de 5 años se atribuye al incremento de la terapia de hidratación oral en el hogar, utilizada en más de 80% de los casos en 1995.

El cólera mantuvo una tendencia no uniforme, con una tasa de mortalidad por 100.000 habitantes de 6,19 casos en 1993, 4,3 en 1994, 17,94 en 1995 y 1,16 en 1996. La letalidad pasó de 1,2% en 1992 a 0,9% en 1995 y a 0,5% en 1996. Solo cuatro estados no comunicaron casos de cólera en 1996 (Baja California y Baja California Sur, Zacatecas y Sinaloa) y los más afectados fueron Yucatán (2.690 casos), Veracruz (1.803), Campeche (1.719) y Tabasco (1.361).

Infecciones respiratorias agudas. La tasa de incidencia de infecciones respiratorias agudas en la población general se duplicó entre 1991 y 1995, al pasar de 13.731,0 a 29.009,6 casos por 100.000 habitantes (26.574.579 en 1995); en 1995, las tasas más elevadas se encontraron en el Distrito Federal, con 81.101,8 (6.540.846 enfermos), Campeche, con 55.245,4 (347.815 enfermos) y Baja California Sur, con 43.874,5 (168.678 enfermos).

La mortalidad por infecciones respiratorias, incluidas la neumonía y la influenza, mostró una tendencia decreciente, con una tasa de 26,0 por 100.000 habitantes en 1991 y 23,7 por 100.000 en 1995, año en que el mayor porcentaje de defunciones (42,1%) correspondió a los mayores de 65 años y a los menores de 1 año (32%). Al totalizar las defunciones en los menores de 5 años, esta proporción alcanzó 39,8%. Entre 1990 y 1995 la mortalidad por estas causas en los menores de 5 años disminuyó 32,8% y los estados con mayor tasa de mortalidad fueron Tlaxcala (177,0), Puebla (164,3), México (135,4) y Querétaro (113,0). Una alta proporción de las muertes suceden en el hogar (30%), por lo que se ha instrumentado una estrategia de capacitación a las madres para que aprendan a identificar los signos de alarma y acudan a los centros de salud.

En 1995 se había capacitado a cerca de 3,5 millones de madres y en 1996, a más de 5 millones.

Rabia y otras zoonosis. La principal zoonosis en México es la rabia, enfermedad que mantiene la tendencia a la reducción observada desde fines del decenio anterior. Las defunciones para cada uno de los años entre 1992 y 1996 fueron 35, 29, 25, 31 y 22; se notificó también un descenso en los casos de rabia canina (59,2%), que pasaron de 2.106 en 1992 a 859 en 1996. En ese período se vacunó a más de 10 millones de perros por año y aun cuando estos siguen siendo la principal fuente de infección rábica para el hombre, también es importante la transmisión de la enfermedad por quirópteros y otras especies silvestres.

Se notificaron 5.958 casos de brucelosis en 1992 y 3.362 en 1996. Se entiende que existe subregistro en las cifras de los últimos tres años y se calcula que la tasa anual de los últimos cinco años osciló entre 5 y 6 casos por 100.000 habitantes. Se determinó que dos tercios de los enfermos (66,4%) se infestaron por consumo de leche bronca (sin pasteurizar), queso fresco y otros productos lácteos, y que los caprinos eran la principal fuente de contaminación de los humanos. La tasa de mortalidad por brucelosis disminuyó de 0,04 por 100.000 habitantes en 1992 a 0,01 en 1996.

En cuanto al complejo teniasis-cisticercosis, el comportamiento de la forma adulta (teniasis) en los últimos años disminuyó de poco más de 14.000 casos en 1992 (tasa de 17,2 por 100.000 habitantes) a 3.362 en 1996 (3,8), y si bien su distribución es nacional, en cinco estados del centro sur (Hidalgo, Chiapas, Michoacán, Jalisco y Tabasco) se concentra poco más de un tercio (37%) del total de casos de 1996. La cisticercosis se registra con frecuencias de morbimortalidad en humanos muy similares en los últimos años, con 586 casos en 1990 (261 muertes) y 601 en 1996 (293 muertes). Se identificó mediante estudios que la seroprevalencia nacional es de 1% y que la cisticercosis porcina predomina sobre la bovina.

La leptospirosis es una enfermedad de baja prevalencia. Un análisis serológico de 5.122 muestras de pacientes con diagnóstico presuntivo de esta enfermedad realizado entre 1992 y 1996 resultó positivo para 32% y los serovares más frecuentes fueron *canicola*, *pomona* e *icterohaemorrhagiae*.

La encefalitis equina venezolana se comprobó mediante aislamiento viral en brotes equinos en 1993 (Chiapas) y 1996 (Oaxaca y Tamaulipas), sin verificación similar en casos humanos.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Las estadísticas sobre las enfermedades de transmisión sexual en México se registran en el primer nivel de atención; se acepta que existe subregistro. El registro de sida es más riguroso. La mayor frecuencia de enfermedades de transmisión sexual en 1996 correspondió a la candidiasis urogenital, con una tasa de 136,4 casos por 100.000 habitantes, y a la tricomoniasis urogenital, con 108,8 por 100.000. La incidencia de sífilis se redujo, al pasar su tasa de 2,20 en 1993 a 1,51 en 1996 (1.414 casos);

igual tendencia mostró la infección gonocócica, cuya tasa se redujo de 23,39 en 1993 a 13,57 en 1996 (12.697 casos).

Hay pocos datos sobre prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual. Un estudio de 1995 en trabajadoras sexuales de la ciudad de México encontró una frecuencia de sífilis (RPR/FTA-ABs) de 6,4%, de herpes genital (anticuerpos anti HV-2) de 65,1%, de VIH (prueba Western blot) de 0,6%, de hepatitis B (anti-HBc) de 3%, de gonorrea (cultivo) de 3,7% y de infecciones por clamidias (cultivo) de 11,1% del total.

Hasta el 1 de enero de 1997, el sida había acumulado 29.962 casos, de los cuales 16.636 habían fallecido (55,5%), 11.208 continuaban vivos (37,4%) y se desconocía la evolución de 2.118 enfermos (7,1%). Un total de 25.771 casos correspondían a hombres y 4.191 a mujeres. El 83,2% de los enfermos tenían de 20 a 49 años (30,0% de 20 a 29 años, 36,0% de 30 a 39 años y 17,2% de 40 a 49 años). Los menores de 14 años representaban 2,7% del total. La vía de transmisión se informó en 71,7% de los casos: 86,5% se infectaron por transmisión sexual y 13,5% por transfusión sanguínea. El 55,3% de los casos informados (16.431) se concentraron en los tres estados más poblados: el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco.

La tasa general de incidencia de sida osciló de 3,7 por 100.000 habitantes en 1991 (3.155 casos nuevos) a 5,7 en 1993 (5.058 casos nuevos) y a 4,8 en 1995 (4.310 casos nuevos), y la razón de masculinidad esos años fue de 5:1, 6:1 y 7:1, respectivamente. El 98% de los casos acumulados en hombres (25.771) correspondieron a adultos que pertenecían a las categorías siguientes: homosexual 27,3% (7.007 casos), bisexual 18,9% (4.883), heterosexual 17,6% (4.542), por transfusión 3,7% (959), hemofílico 1,0% (254), drogadicto intravenoso 0,7% (177), donante remunerado 1,2% (315), homosexual/drogadicto intravenoso 0,8% (202), exposición ocupacional 0,0% (4), perinatal 0,8% (201) y no documentada 28,0% (7.227). Al revisar los casos acumulados hasta finales de 1991, 1995 y 1996, se observa una tendencia al aumento de los casos adquiridos por vía sexual, que representaron 87%, 94% y 95,7% del total, respectivamente. Al inicio de la epidemia, los casos en mujeres se asociaron con transfusiones de sangre contaminada y posteriormente esta frecuencia disminuyó, y los casos acumulados por esta causa pasaron de 59,4% a finales de 1991, a 26,1% en 1995 y a 21,2% en 1996, al tiempo que la transmisión por vía sexual se incrementó de 40,6% en 1991 a 76,8% en 1996.

Los casos acumulados en los menores de 14 años eran 795 hasta fines de 1996 (62,8% en hombres y 37,2% en mujeres); la infección se produjo por transfusión de sangre contaminada en 37,6% de los casos, por transmisión sexual en 3,3% y por la vía perinatal en 59,1%. En 1991 se notificaron 85 casos pediátricos de sida y en 1996, 89 casos. La transmisión por vía perinatal se redujo de 51 a 27 casos en esos años.

Enfermedades crónicas transmisibles. La tuberculosis ocupa el lugar 15 entre las causas generales de muerte. La tasa de mortalidad por esta causa disminuyó de 7,6 a 5,1 por 100.000 habitantes entre 1990 y 1995. En 1995 produjo 4.648 muertes, de las cuales la tuberculosis pulmonar fue responsable de 87%, la meningea de 4% y otras formas, del restante 9%.

La tasa de morbilidad por tuberculosis varió levemente de 17,3 por 100.000 habitantes en 1990 a 17,5 en 1996, con un promedio anual de unos 16.000 casos. Predominó la forma pulmonar, con 87% de los casos, y las formas meningea solo representaron 1% de los casos. En 1996, 85% de los casos nuevos ocurrieron en mayores de 15 años; 531 enfermos presentaron resistencia a medicamentos (45% de ellos con polifarmacoresistencia); 76% (3.372 casos) se curaron y 509 (11%) abandonaron el tratamiento.

La lepra mostró una franca tendencia al descenso y la tasa de prevalencia de 1990, 1992 y 1996 fue de 2,1, 2,0 y 0,4 casos por 10.000 habitantes, respectivamente.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. La Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) de 1988, última disponible, señaló que 41,9% de los niños menores de 5 años presentaban algún tipo de desnutrición para el indicador peso para la edad y que, de acuerdo con los criterios de Waterlow de peso para la talla y talla para la edad, 29,2% de los niños presentaban algún tipo de desnutrición. La ENEC 1993 informó que 21,5% de la población entre 20 y 69 años de edad presentaba un índice de masa corporal mayor que 30, y que la mayor prevalencia de obesidad (más de 25% de su población) se registraba en los estados del norte de México (Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sonora, Sinaloa, Tamaulipas y Zacatecas).

No hay información disponible sobre la frecuencia de anemia en las mujeres y en los menores de 5 años; sin embargo, se registra entre las 20 principales causas de muerte en los menores de 5 años, y entre 1992 y 1995 la tasa de mortalidad por esta causa aumentó en los menores de 1 año de 6,3 defunciones por 100.000 nacidos vivos a 7,9, y en los niños de 1 a 4 años también aumentó de 1,7 a 2,2 por 100.000. En 1995, los estados con mayores tasas de mortalidad por deficiencias de la nutrición en los menores de 1 año fueron Puebla (142,3 defunciones por 100.000 habitantes) y Tlaxcala (128,8).

En 1995, de 764.618 nacimientos vivos, pesados y registrados, 91,9% tenían 2.500 gramos o más. La información es incompleta porque no todas las instituciones consignan este dato.

Las deficiencias de yodo se identificaron por medio de dos encuestas, la primera en 1991 en el estado de Hidalgo, donde se estudió a unos 3.000 escolares y se determinó una prevalencia de 6% de bocio. En la segunda, realizada en 1994 en varias zonas del país, se identificó una prevalencia de bocio de 3%. Actualmente, la sal de consumo humano que se expende en el país está yodada y los exámenes de muestras en los mercados durante 1996 dieron como resultados que 92% estaba efectivamente yodada.

La ENN de 1988 informó que en el Distrito Federal y el área metropolitana, 37% de los menores de 5 años consumían dosis de vitamina A inferiores a las recomendadas; en las zonas marginadas del país este porcentaje llegó a 53%.

Enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles. La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) de 1993, última disponible, consigna en la población mayor de 20 años una prevalencia de hipertensión arterial de 23,6%, de diabetes mellitus de 7,2% y de hipercolesterolemia de 8,9% (cuando los niveles eran iguales o mayores que 240 (g/dl)). La prevalencia aumentaba con la edad para los tres padecimientos y en el grupo de 65 a 69 años se concentraba la mayor prevalencia entre el total de enfermos para la hipertensión arterial y la diabetes mellitus (58,5% y 26,1%, respectivamente); para la hipercolesterolemia, el grupo de 60 a 64 años aportaba 17,4% de los casos. La distribución por sexo era similar para la diabetes mellitus (7,2% en cada uno) y ligeramente mayor en los hombres para la hipertensión (28,5%) y la hipercolesterolemia (10%).

La incidencia de hipertensión arterial en los servicios públicos de salud está aumentando. En 1996 se notificaron 403.582 casos, con una tasa de 433,1 por 100.000 habitantes (268.365 casos y tasa de 297,6 por 100.000 en 1994). Igual tendencia muestra la diabetes mellitus (249.774 casos y 268,1 en 1996 y 184.130 casos y 204,2 en 1994).

La mortalidad por enfermedades crónicas muestra una franca tendencia al aumento. En 1992 la enfermedad cardiovascular registró 55.606 defunciones (tasa de 64,1 por 100.000 habitantes) y en 1995, 63.609 defunciones (69,4). La diabetes mellitus registró 28.304 defunciones (32,6) en 1992 y 33.316 en 1995 (36,4). Las muertes por cirrosis hepática se incrementaron de 19.105 en 1992 (22,0) a 21.245 en 1995 (23,2).

Tumores malignos. Los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de mortalidad general. La tasa de mortalidad por esta causa aumentó 4% entre 1992 y 1995 (52,6 defunciones por 100.000 habitantes). En 1995 las localizaciones más frecuentes fueron la tráquea, bronquios y pulmón (tasa de 6,5 por 100.000 habitantes), el estómago (5,1) y el cuello del útero (4,8). En los menores de 1 año ocuparon el lugar 17 como causa de muerte (tasa de 2,9 por 100.000 naci-

dos vivos), en el grupo de 1 a 4 años ocuparon el sexto lugar (5,3) y en los escolares (4,3) y en las edades productivas (39,3) y posproductivas (655,3) el segundo. Al comparar con 1992, se advierte que la tasa de mortalidad se incrementó en los preescolares (tasa de 4,9 en 1992) y en las personas en edades productivas (38,0 en 1992), y se mantuvo prácticamente igual en los menores de 1 año y en los escolares, disminuyendo en el grupo de edad posproductiva (671 en 1992).

Si bien no hay un registro poblacional que documente los casos nuevos de neoplasias, desde 1993 se estableció un Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, que cubre esa función y cuyo informante básico es el anatomopatólogo. En 1993 este registro contabilizó 40.924 casos nuevos de neoplasias malignas, de las cuales 66% ocurrieron en mujeres y sus localizaciones principales fueron el cuello del útero (23,5%) y la mama femenina (12,6%), y poco más de 50% se diagnosticaron en la población de 50 y más años de edad. En 1994 se notificaron 62.725 casos nuevos de neoplasias malignas, de las cuales 64,7% ocurrieron en mujeres y 18% en personas de 60 y más años. Las localizaciones con mayor prevalencia fueron el cuello del útero (23,2%), la mama femenina (10,2%) y la glándula prostática (4,9%).

Accidentes y violencia. La tasa de mortalidad por accidentes y distintas causas de violencia pasó de 44,1 defunciones por 100.000 habitantes en 1992 a 38,8 por 100.000 en 1995. En los niños de 0 a 14 descendió 13,3% en 1995 respecto de 1990; sin embargo, en ese último año los accidentes ocupaban el quinto lugar como causa de muerte y en 1995 pasaron al tercero. En los menores de 1 año, en 1995 la mortalidad por estas causas fue de 0,5 por 1.000 nacidos vivos y ocupaban el sexto lugar como causa de muerte, mientras que en el grupo de 1 a 14 años fue de 15,0 por 100.000 personas de esa edad, lo que representa una reducción de 6,5% respecto de la tasa de 1990, y ocupaban el primer lugar como causa de muerte.

Los accidentes más frecuentes en infantes, preescolares y escolares fueron los de tráfico, seguidos por el ahogamiento y sumersión, y por las caídas accidentales, excepto en los menores de 1 año, para los que el segundo lugar corresponde a los envenenamientos accidentales. En cuanto al origen de las lesiones por accidentes, el primer lugar en niños de 0 a 14 años lo ocupan los accidentes en el hogar, que mostraron una tendencia ascendente entre 1991 y 1995, seguidos por los accidentes y lesiones en la vía pública, y por los accidentes en la escuela. En la población de 65 y más años, la tasa de mortalidad por lesiones y accidentes también descendió de 172,6 defunciones por 100.000 habitantes de esta edad en 1992 a 153,2 en 1995.

El DIF informó que en 1995 se recibieron poco más de 15.000 denuncias de maltrato infantil. La forma más frecuente es el maltrato físico, seguido del maltrato emocional

y, en tercer lugar, el abuso sexual. Otro problema documentado en los últimos años es la violencia contra las mujeres, que es objeto de investigaciones y trabajos por parte de distintas organizaciones, gubernamentales y no gubernamentales. Un estudio realizado en el Distrito Federal sobre las denuncias de violencia sexual en el primer semestre de 1996 encontró que 54% de estas correspondieron a violaciones, 8,0% a intentos de violación, 33% a abusos sexuales y 5,0% a estupro. Asimismo, diversos estudios en localidades específicas documentaron importantes frecuencias de maltrato doméstico y violencia familiar contra la mujer, así como violaciones y violencia (verbal y física) a embarazadas por sus parejas.

Trastornos del comportamiento (tabaquismo, alcohol y drogas). La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1993 revela que 25,1% de los encuestados de 12 a 65 años de edad se identificaron como fumadores, 20,3% como ex fumadores y 54,6% como no fumadores. La prevalencia por sexo de fumadores fue de 38% en los hombres y 14% en las mujeres; entre los ex fumadores, la proporción de hombres también fue mayor (25% frente a 17%), y en el grupo de no fumadores fue de 37% y 70% respectivamente. El grupo de edad con más fumadores es el de 16 a 20 años (50%), y la mayor prevalencia de consumo se observó en el área metropolitana de la ciudad de México, con 30%.

La ENEC encontró que 33,4% de la población de 20 a 69 años de edad eran fumadores activos, 52,6% eran no fumadores y 14%, ex fumadores. El Distrito Federal concentraba la mayor cantidad de fumadores (43,9% del total de los encuestados). Esta encuesta determinó también que 66% de la población urbana entre 12 y 65 años consumía alcohol (77,2% de los hombres y 57,5% de las mujeres), entre ellos, 41,6% lo hacían ocasionalmente pero en cantidades altas (cinco o más copas por ocasión). La población abstemia identificada fue de 25% de los encuestados; 8% se consideraron ex bebedores y las regiones con mayor frecuencia de consumo fueron la zona occidental del país y el Distrito Federal, con 78,3% y 73,4%, respectivamente.

En cuanto al consumo de drogas, 3,9% de la población de 12 a 65 años de edad declararon haber consumido drogas ilegales alguna vez en su vida (ENA 1993). Entre las drogas no médicas utilizadas con mayor frecuencia en los 30 días anteriores a la encuesta están la marihuana (0,2%) y la cocaína (0,1%). El 3,3% de los entrevistados manifestó haber consumido marihuana alguna vez en su vida, 0,5% cocaína y otro 0,5%, algún inhalable. El 60% de los consumidores de 19 a 34 años, en su mayoría hombres, informaron haber utilizado una droga ilegal alguna vez en su vida. Resultados de estudios dados a conocer en 1997 por la Secretaría de Salud señalan que el consumo de drogas está aumentando en el país y que el mayor crecimiento en comparación con 1986 se registra en la

cocaína, aun cuando la marihuana sigue siendo la más consumida. El consumo de drogas ya no se asocia exclusivamente con los sectores de ingresos altos. Los Centros de Integración Juvenil, que son asociaciones civiles no gubernamentales sin fines de lucro, comunicaron haber tratado a más de 37.000 menores y haber dado más de 5 millones de orientaciones preventivas entre 1991 y 1995.

Salud oral. No hay datos recientes sobre enfermedades bucodentales. Estimaciones de 1990 ubican el índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) a los 12 años de edad en 5,3, lo que caracteriza al país como de grave prevalencia de caries dental.

Exposición ambiental y efectos para la salud. Para 1995 se calculó que 62,8 millones de personas (96%) en las localidades urbanas tenían cobertura de agua potable y 2,6 millones carecían de este servicio, mientras que en las localidades rurales 13,7 millones de personas (52,5%) disfrutaban de este beneficio y el déficit de cobertura alcanzaba a 12,5 millones de personas. La cobertura de alcantarillado en las zonas urbanas alcanzaba a 55,9 millones de personas (85,5%) y 9,5 millones no tenían este servicio, mientras que en las zonas rurales la cobertura promedio era de 5,5 millones (20,9%) y 20,7 millones de personas carecían de este servicio. Se estima en 83.585 toneladas diarias la generación de basura, con una recolección de 70%; solo 17% se dispone en rellenos sanitarios. Resulta insuficiente el reciclaje de la basura.

Otro problema de salud ambiental es la exposición de la población del Distrito Federal a la contaminación por plomo. La concentración de plomo en sangre disminuyó de 17 µg/dl en 1992 a 9 µg/dl en 1996, debido principalmente a la introducción de la gasolina sin plomo y al control de su contenido en las pinturas. El uso de ollas de barro vidriado es la principal fuente de contaminación.

En la ciudad de México, los niveles de ozono y de partículas suspendidas son problemas graves. En 1995, el nivel de ozono estuvo 324 días por encima de 100 IMECAS (escala desarrollada para clasificar y comunicar al público los niveles de contaminación del aire en el valle de México y en la que los 100 puntos constituyen el límite satisfactorio), incluidos seis días en que rebasaron los 250 IMECAS. Las partículas suspendidas totales excedieron la norma en 46,9% en 1992 y en 15,6% en 1995; para las partículas de fracción respirable la proporción de excesos a la norma fue de 8,3% en 1992 y de 12,6% en 1995. Los niveles de dióxido de nitrógeno se estudiaron en la ciudad de México, con medias de 0,037 ppm, en Guadalajara, con 0,032 ppm, en Monterrey, con 0,019 ppm, y en Cuernavaca, con 0,023 ppm. A este contaminante se atribuye el incremento del asma en la población infantil y la reducción en los valores espirométricos de niños sanos de la ciudad de México.

Enfermedades transmitidas por alimentos. Las más frecuentes son la paratifoidea y otras salmonelosis, con 95.383 casos en 1992 (tasa de 109,9 por 100.000 habitantes) y 151.895 en 1996 (163,0 por 100.000), la intoxicación alimentaria bacteriana, con 49.598 casos en 1992 (57,2) y 48.267 en 1996 (51,8), la shigelosis, con 12.242 casos en 1992 (14,1) y 32.256 en 1996 (34,6), y la fiebre tifoidea, con 10.440 casos en 1992 (12,0) y 9.149 en 1996 (9,8). Otras enfermedades de este origen menos frecuentemente notificadas son la teniasis (9.495 casos en 1992 y 4.649 en 1996), la brucelosis (4.012 en 1992 y 5.324 en 1996) y la cisticercosis (691 en 1992 y 1.157 en 1996).

Entre 1992 y 1996 el sistema de vigilancia epidemiológica nacional notificó 244 brotes de enfermedades de transmisión alimentaria, con un total de 12.596 casos y 98 muertos. En 99 brotes (40,6%) se identificó la causa, encontrándose que 75,7% fueron provocados por agentes bacterianos (*Salmonella enteritidis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*); 8,1% por toxinas (*Clostridium botulinum* principalmente), 4,1% por virus y químicos, y 4,0% por parásitos. En los restantes no se identificó el agente causal.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La política global de Gobierno, expresada en el Plan Nacional de Desarrollo 1995–2000, en el campo social se propone combatir la inequidad entre personas, géneros, sectores productivos y regiones geográficas, para permitir que el progreso económico se traduzca en mejoras sociales para toda la población. Las principales políticas de salud se vinculan con la reorganización del sistema para ampliar la cobertura y prestar servicios eficientes y de calidad a la población, y con la atención a los trastornos derivados de los problemas epidemiológicos y demográficos actuales. Para atender al primero de estos objetivos, en 1995 se puso en marcha el Programa de Reforma del Sector Salud y para el segundo, la Secretaría de Salud definió en 1997 las funciones prioritarias en relación con la prevención y control de enfermedades, basadas en el desarrollo de programas, líneas estratégicas y mecanismos de apoyo, cuya operación está a cargo de los servicios estatales de salud.

La reforma del sector salud

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995–2000 establece la libre elección por los derechohabientes de la seguridad social del médico que los atenderá en los servicios de salud; la creación de un seguro familiar en el Instituto Mexi-

cano del Seguro Social (IMSS) para la afiliación voluntaria de personas con capacidad de pago; la transferencia a las entidades federativas de los servicios de salud para la atención de la población abierta; el incremento de la participación municipal en salud mediante el programa de municipios saludables; la ampliación de la cobertura por medio de un paquete básico para personas sin acceso a los servicios de salud; la reorganización del sistema, de modo que la Secretaría de Salud ejerza el papel rector y normativo, la atención de salud a la población abierta sea integrada y coordinada y el IMSS separe las funciones de financiamiento y de provisión de servicios para introducir la competencia entre prestadores de servicios y brindar mayor transparencia al sistema de seguros de salud.

La descentralización de los servicios de salud se llevó a cabo en el marco del denominado Nuevo Federalismo y en agosto de 1996 se firmó el acuerdo nacional que transfiere del nivel central a los estados 121.000 plazas, 7.370 bienes inmuebles y 8.495 millones de pesos (más de US\$ 1.100 millones). La federación mantiene las facultades de establecer las normas de salubridad y regular los servicios y el control sanitario de productos y establecimientos y servicios descentralizados, y controla la certificación de profesionales y la acreditación de unidades de salud, la generación de estadísticas nacionales y la representación internacional del sector. Las direcciones estatales y municipios adquieren responsabilidades compartidas en cuanto a la organización, operación y vigilancia de los servicios de salud públicos y privados, el control sanitario de los servicios a la población y el desarrollo de las tareas de promoción, fomento y orientación para la salud.

En 1996, la Secretaría de Salud puso en marcha el programa de ampliación de cobertura (PAC), basado en la prestación de un paquete básico de servicios de salud (PABSS) para la población con acceso nulo o limitado a los servicios médicos en la zona rural, que en 1997 llegó a cubrir a 6 millones de personas en 18 estados. Por su parte, en julio de 1997 el IMSS introdujo el seguro familiar de salud para los que se afilien voluntariamente mediante el pago de una cuota de MNS 180, complementada con un aporte del Gobierno (el cambio promedio en noviembre de 1997 fue US\$ 1 = MNS 8,28). Este seguro ofrece prácticamente las mismas prestaciones que el régimen ordinario.

La Secretaría de Salud ha dado impulso al movimiento de municipios saludables con objeto de extenderlo y para que las iniciativas de salud realizadas desde las presidencias municipales o alcaldías reciban el apoyo técnico que requieran. A fines de 1997 estaban incorporados a este programa 860 municipios, 35% de los municipios del país, de los cuales 535 estaban incorporados a la red nacional de municipios por la salud.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

La organización del sistema de salud aún está estrechamente vinculada con las formas de producción, de modo tal que los empleados del sector privado y los trabajadores por cuenta propia están cubiertos por el IMSS, que se financia con las contribuciones tripartitas o bipartitas de empleados, patrones y el Gobierno federal; los trabajadores del sector público están cubiertos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y otros institutos como el de las fuerzas armadas, del petróleo y de la universidad nacional, que se financian con las contribuciones de los empleados y del Gobierno; un segmento de población aún no bien cuantificado se atiende en forma privada, y el resto (más de 40 millones de personas), en los establecimientos de la Secretaría de Salud y en un régimen denominado IMSS-Solidaridad, que opera esa institución en determinadas regiones del país. El 51% de la población tenía seguro médico (la seguridad social en la mayoría de los casos) en 1995. Unos 10 millones de habitantes no tenían acceso regular a los servicios de salud en 1995.

Legislación sanitaria

El ordenamiento jurídico del sector se basa principalmente en dos leyes generales, actualizadas periódicamente a iniciativa del Gobierno: la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social. En 1997 entraron en vigor un conjunto de modificaciones a la Ley del Seguro Social que renovaron esquemas y prácticas de los regímenes de pensiones y de salud, entre ellas la reducción del aporte patronal y el aumento del gubernamental, el desarrollo del seguro de salud familiar para los que deseen afiliarse voluntariamente, y la opción de reversión de cuotas para los empleados de un mismo centro de trabajo que prefieran ser atendidos por otros prestadores, en la que el IMSS conserva la función recaudadora. Ese año se introdujeron también 52 reformas a la Ley General de Salud encaminadas a hacer más efectiva la desregulación sanitaria, introducir una nueva clasificación de los medicamentos y desarrollar el uso de genéricos en el mercado privado, precisar mejor la competencia de la Secretaría de Salud en el control de células humanas, mejorar la vigilancia de productos biotecnológicos y otorgar facultades a la Secretaría de Salud para determinar las leyendas de los envases de productos alcohólicos y de cigarrillos.

Las acciones de regulación sanitaria en los últimos cuatro años se orientaron hacia la prevención y control de enfermedades, especialmente en el primer nivel de atención (diabetes

mellitus, cáncer del útero y de la mama, tuberculosis, VIH/sida, rabia); la normalización de los servicios a grupos especiales de población (la mujer en el embarazo, el parto y el puerperio, crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes, servicios de planificación familiar y atención psiquiátrica); la descentralización (delegación de facultades a los estados en materia de salud pública, disposición de sangre y emisión de autorizaciones y licencias sanitarias), y las nuevas estructuras y órganos de la Secretaría de Salud (integración de patronatos en hospitales, institutos y jurisdicciones sanitarias, integración del Consejo Nacional de Salud y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico).

En 1996 se impulsó la desregulación del sector. Este mismo año se creó por decreto presidencial la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), órgano con autonomía técnica para mediar en casos de quejas por irregularidades en la prestación o por no haber recibido la atención requerida.

Servicios de salud y recursos

El sector público está compuesto por la Secretaría de Salud y la seguridad social, que poseen por separado unidades de atención en todos los niveles de complejidad, articuladas en redes con reglamentos, controles y procedimientos propios. La Secretaría de Salud dirige y coordina el sector salud, realiza en los ámbitos federal y estatal acciones de intercambio de información, reuniones y otras actividades acordadas entre las instituciones, organiza y presta servicios médicos con arreglo al Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta (MASPA) en vigor desde 1995, y define las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La coordinación de estas actividades está a cargo de las jurisdicciones sanitarias, que son los órganos técnico-administrativos responsables de la planeación, dirección y control de los servicios de salud de la población en el nivel local.

Para ampliar la cobertura, se brinda un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS) que consta de 75 acciones de salud agrupadas en 12 intervenciones básicas: saneamiento básico en el nivel familiar; manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar; tratamientos antiparasitarios a las familias; identificación de signos de alarma de infecciones respiratorias agudas y referencia a unidades de atención médica; prevención y control de tuberculosis pulmonar; prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus; inmunizaciones; vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño; distribución de métodos anticonceptivos; atención prenatal, del parto y del puerperio; prestación de primeros auxilios y formación de comités de salud.

Las unidades de consulta externa para la población abierta aumentaron de 10.443 en 1993 a 14.978 en 1997, y la red de

hospitales creció de 329 a 372 en el mismo período. La Secretaría de Salud cuenta con 11 institutos nacionales de salud en la capital que funcionan en forma descentralizada y brindan atención de tercer nivel a pacientes referidos de todo el territorio nacional. Los institutos de la seguridad social atienden a sus afiliados por medio de sus propias redes de servicio; las unidades de consulta externa crecieron de 3.029 en 1993 a 3.208 en 1997 y los hospitales pasaron de 422 a 438. La práctica de la medicina tradicional, que aún no ha sido debidamente cuantificada, está muy extendida, particularmente en las zonas con alta concentración de pueblos indígenas y de medicina homeopática.

El volumen de prestaciones públicas mantiene una tendencia creciente. Las consultas médicas totales pasaron de 160 a 190 millones entre 1993 y 1996, las hospitalizaciones de 3,6 a 3,8 millones y los servicios auxiliares de diagnóstico de 123 a 137 millones. Se registran aumentos tanto en la atención a la población abierta como en la de los afiliados a la seguridad social.

Debido a que la seguridad social y la Secretaría de Salud prestan los servicios según sus propios modelos y esquemas de atención, en la práctica se producen la superposición de coberturas en determinadas regiones y no hay criterios compartidos en los procedimientos técnicos y administrativos. La situación es diferente en el campo de la información, en el que se observa la aplicación de criterios comunes y la consolidación de los datos de las distintas instituciones en estadísticas nacionales de salud. En 1995 se integró el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, que opera un sistema único de información en la materia.

La medicina privada creció en los últimos años al margen de las políticas oficiales. Para 1995 se calculó que la oferta privada de bienes y servicios era responsable de la mitad del gasto total en salud, 30% de las camas censables, 34% de los médicos ocupados y 32% de las consultas médicas realizadas. La cobertura de los seguros médicos privados es limitada y persiste un modelo tradicional de cobro directo por servicios prestados según una tasa de mercado. Para los próximos años se prevé una dinamización del sector privado debido a la aplicación de la práctica de reversión de cuotas que será instrumentada por el IMSS y al aumento de las compañías aseguradoras privadas.

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. Constituye una línea estratégica dentro de las funciones prioritarias para la prevención y control de enfermedades definidas por la Secretaría de Salud. Las estrategias de trabajo son la educación para la salud, la parti-

cipación social y la comunicación educativa. Se aplican en seis componentes: salud familiar, salud integral del escolar, salud integral de los adolescentes, municipios saludables, ejercicios para el cuidado de la salud y desarrollo de contenidos educativos. Para todos ellos se recomiendan enfoques y actividades que habrán de ser instrumentados por los servicios de salud en los niveles operativos, en alianza estratégica con instituciones y grupos interesados en la promoción de la salud. Un componente clave es la estrategia de los municipios saludables, que ha propiciado el liderazgo político local de los presidentes municipales y la participación organizada de la sociedad en la definición de prioridades, y la ejecución de programas locales que generalmente tienen un enfoque de promoción de la salud. Otro proyecto en marcha desde 1996 es el llamado “de corazón a corazón”, que integra iniciativas del sector empresarial privado, la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salud, bajo la conducción de la autoridad nacional de salud, y que está realizando una importante campaña de comunicación social para la reducción del tabaquismo y el sedentarismo y la promoción de hábitos nutricionales saludables. Recientemente el país se ha incorporado a la estrategia de escuelas saludables, orientada a transformar ambientes, condiciones y modos de vida.

Programas de prevención y control de enfermedades.

Las instituciones públicas de salud, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, llevaron a cabo programas sistemáticos de prevención y control de las principales enfermedades, con modelos de intervención que combinaban actividades sistemáticas realizadas por los servicios de salud y campañas limitadas con objetivos definidos de control de factores de riesgos o eliminación de agentes causantes de enfermedades específicas. En 1997 la Secretaría de Salud estableció un nuevo modelo de prioridades en prevención y control de enfermedades, en el que el carácter de normalización, seguimiento y evaluación del nivel federal se refuerza, combinado con la ejecución autónoma por los servicios estatales de salud de los programas en el marco de la descentralización institucional. Se definieron así 10 programas sustantivos, de impacto directo en el estado de salud de grupos específicos de población: salud reproductiva; atención a la salud del niño; atención a la salud del adulto y del anciano; enfermedades transmitidas por vectores; zoonosis; micobacteriosis; cólera; urgencias epidemiológicas y desastres; VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual, y adicciones. Para cada uno de ellos se establecieron los objetivos generales, los componentes y estrategias, las metas de impacto y las actividades para desarrollar; asimismo, se definieron dos líneas estratégicas (promoción de la salud e investigación en servicios de salud) como herramientas de refuerzo para los programas sustantivos y tres mecanismos de apoyo (vigilancia epidemiológica, información estadística

y supervisión integral) que aportan información sobre el desarrollo de los programas sustantivos.

Sistemas de vigilancia epidemiológica. El sistema de vigilancia epidemiológica del país se perfeccionó e integró a las diferentes instituciones del sector público a partir de 1996. Se puso en funcionamiento el sistema único de información para la vigilancia epidemiológica (SUIVE), que genera información de los servicios de salud en sus diferentes niveles técnico-administrativos, respaldada por un paquete automatizado (SUAVE) para la captura, concentración y análisis de la información obtenida. Por medio del SUAVE se notifican los casos nuevos de enfermedades, las 20 principales causas de enfermedad, los informes de control de unidades, el control de notificación semanal, catálogos, gráficos y mapas, todos por grupos de edad e institución.

Existe un registro de la morbilidad cuya información procede del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica y de los informes de egresos hospitalarios de las instituciones de salud. La información sobre la mortalidad se construye sobre la base del certificado de defunción, que es el instrumento legal obligatorio para la certificación de las muertes. Desde comienzos de 1998 todas las instituciones de salud del país comenzaron a aplicar la CIE-10 en sus registros estadísticos.

Calidad del ambiente, servicios de agua potable y de alcantarillado, y seguridad química. La Comisión Nacional del Agua, en estrecha colaboración con la Secretaría de Salud, ejecuta un programa nacional de agua limpia para conocer la calidad del agua de consumo humano mediante la vigilancia de contaminantes y de los niveles de cloro residual, y busca soluciones a la contaminación. En el área metropolitana de la ciudad de México se está ejecutando un programa multimillonario de inversión para el mejoramiento del servicio de alcantarillado y de plantas de tratamiento de aguas residuales. En 1997 se concluyó el análisis sectorial de residuos sólidos en el área metropolitana del valle de México, que brindó una amplia información sobre las necesidades en materia de proyectos y de inversiones.

Se ejecuta un programa multisectorial de mejoramiento de la calidad del aire en el área metropolitana del valle de México, cuyo propósito general es la protección de la salud mediante el abatimiento gradual y permanente de los niveles de contaminación atmosférica. Entre otras medidas, el programa comprende la vigilancia permanente de los agentes contaminantes, el control semestral obligatorio de las emisiones de los vehículos automotores, el control de las emisiones de industrias, gasolineras y otros establecimientos, el cierre de fábricas, y la restricción de la circulación de automóviles en caso de contingencias ambientales. Se estudió la situación ambiental en otras grandes urbes como Guadalajara y Mon-

terrey y se preparan programas similares de mejoramiento de la calidad del aire.

Todos los trámites para las autorizaciones de uso de sustancias químicas se realizan en la Dirección General de Salud Ambiental de la Secretaría de Salud y existe una Comisión Intersecretarial para el Control del Proceso y Uso de Plaguicidas, Fertilizantes y Sustancias Tóxicas (CICLOPLAFEST) que coordina las actividades de regulación y control, incluidos los aspectos de comercialización, ambiente y salud.

Protección y control de los alimentos y programas de ayuda alimentaria. Sobre la base de estudios básicos realizados, la Secretaría de Salud inició en 1996 la modernización del fomento sanitario y del control de los alimentos, buscando mayor eficiencia en la garantía total e integral de los alimentos en la cadena de producción, distribución y consumo.

Existe un programa de vigilancia de la yodación de la sal en el mercado, que en 1996 informó 92% de muestras de sal correctamente yodada. La fluoruración de la sal de consumo doméstico data de 1994, y su distribución está limitada a las regiones en las que el agua no posee flúor. Se suministran dosis semestrales de vitamina A a los niños de 6 meses a 4 años en 1.318 municipios de alto riesgo.

Hay programas de ayuda alimentaria a familias pobres, entre los cuales se destaca, por su extensión, el PROGRESA, que en 1997 se ejecutó en 524 municipios de 22 estados con una cobertura de 400.000 familias. El programa proveyó suplemento nutricional a embarazadas y mujeres lactantes, apoyo monetario a las madres para el mejoramiento de la alimentación y el bienestar del hogar, capacitación para la higiene y el cuidado de la salud familiar, y un paquete básico de servicios de salud. El Instituto Nacional Indigenista, con el respaldo de las secretarías del Gobierno, desarrolla programas con acciones de salud, alimentación, educación y saneamiento básico para la atención de 59 grupos étnicos ubicados en 1.000 municipios y 9.500 localidades.

Insumos para la salud

La Secretaría de Salud es responsable de supervisar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que se producen y venden en el país y de reglamentar su comercialización. Ejerce el control y vigilancia sanitaria fundamentalmente por medio de la expedición de licencias y registros sanitarios y la verificación, control analítico y evaluación de los medicamentos. La industria farmacéutica nacional experimentó un auge importante y está integrada por más de 140 empresas, incluida la cámara nacional que provee más de 95% de los medicamentos requeridos en el país, además de exportar.

Las modificaciones de 1996 a la regulación simplificaron los trámites de registro y se estableció un acuerdo de coope-

ración técnica entre la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salud para la certificación del registro de medicamentos; además, se incorporó a la Ley General de Salud la obligación de identificar a los medicamentos con su nombre genérico. Se estableció un cuadro básico esencial para el primer nivel de atención de 50 medicamentos genéricos, que debe estar disponible en todas las unidades médicas, junto con ocho vacunas y otros dos insumos. Otras iniciativas son la definición del cuadro único de medicamentos alopáticos, herbolarios y homeopáticos y la elaboración de un catálogo con los fármacos recomendados para el segundo y tercer nivel de atención. En 1994 se publicaron la sexta edición de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (la anterior era de 1988) y los suplementos de 1995 y de 1997, que actualizan las especificaciones para la manufactura de los medicamentos que se comercializan en el país.

Recursos humanos

Los trabajadores públicos del sector salud eran 421.581 en 1993 y 463.611 en 1997, el aumento fue de 14,5% en la atención a la población abierta (174.942 trabajadores) y de 7,4% en las instituciones de seguridad social (288.669 trabajadores). Las proporciones de aumento fueron muy similares para el personal médico (102.125 en 1993 y 116.047 en 1997), el personal de enfermería (146.802 y 161.303) y el personal paramédico (175.895 y 190.877). En 1996 la Secretaría de Salud informó que trabajaban en la medicina privada 110.804 personas, de las cuales 51,4% eran profesionales y 24% personal de enfermería, y que de los 178.520 médicos del sector 2,8% eran médicos generales, 47,9% especialistas, 5% odontólogos, y el resto eran residentes, pasantes y otros.

En 1996, 7.556 egresados (11% más que el año anterior) de las 57 escuelas de medicina realizaron el servicio social en el Sistema Nacional de Salud. Se exceptúan los graduados de la Escuela Médico Militar, la Escuela Naval y el Colegio del Aire, que realizan su servicio social en la propia institución. Existen 70 especialidades médicas aprobadas, con una matrícula de 4.400 estudiantes en el ciclo 1996–1997. La programación estimada para 1997–1998 es de 5.345 estudiantes de posgrado en el sistema de salud.

Gasto y financiamiento sectorial

Los datos del sistema de cuentas nacionales para el gasto total en salud muestran que este se elevó hasta 1994, último año del que se dispone de cifras, y que las estimaciones para 1995 y 1996 hechas con base en el presupuesto total asignado a salud mantuvieron esta tendencia. Para 1994, el gasto total del Sistema Nacional de Salud se estimó entre US\$ 19,7 y 27,3

millones de dólares, estimación alta y baja, respectivamente con base en un cambio promedio anual de 3,4 pesos por dólar, y el gasto en salud como porcentaje del PIB para 1992, 1993 y 1994 alcanzó valores de 5,1%, 5,6% y 6,1%, respectivamente, calculados considerando un promedio de las cifras altas y bajas del gasto nacional en salud. El análisis del gasto según la fuente muestra que los hogares son los que más aportan, con 49% del total del gasto en el período 1992–1996, en contraste con los empleadores, que contribuyen con 29% y, finalmente, el Gobierno federal, que aporta 22% del total del gasto.

El 68% del presupuesto total asignado a la salud se destinó a la atención curativa (incluye la hospitalización), 15% a la administración, la política y la planeación, 7% a la atención preventiva, 6% a infraestructura y 4% a otros rubros. Entre 1992 y 1994 la remuneración de personal captó casi la mitad del presupuesto de las instituciones de mayor volumen de prestaciones: el IMSS con 48% y la Secretaría de Salud con 50%; sin embargo, en el ISSSTE este concepto alcanzó solo 21%, mientras que los gastos de operación fueron lo más relevante (51% del gasto total). En el IMSS, los gastos de operación representaron 35% del total, el segundo en orden de magnitud, mientras que en la Secretaría de Salud este concepto representó 3% del total del gasto para el mismo período.

En cuanto al gasto privado, predomina el destinado a la atención curativa y su distribución muestra que los honorarios consumen 35% del total, la compra de medicamentos 27% y las hospitalizaciones 20%. El llamado gasto privado de bolsillo tuvo un comportamiento regresivo en todos los conceptos, ya que cada año pasó a representar una proporción mayor respecto del ingreso. El gasto en salud per cápita para 1995, estimado sobre la base del presupuesto ejercido por las instituciones públicas y la población total, fue de 499 pesos. Los valores absolutos del gasto privado difieren, en promedio, 10 veces entre los hogares urbanos de menores y mayores ingresos (US\$ 75 y \$750 por trimestre); en las zonas rurales esta diferencia llega a ser de 20 veces (\$65 y \$1.294). En las zonas urbana y rural, el sistema de cuentas nacionales en salud informa que los montos de los distintos conceptos de gasto son similares.

El análisis de los recursos empleados de 1992 a 1994 por el sistema de cuentas nacionales mediante los llamados fondos concentrados y fondos utilizados por las distintas instituciones muestra que los montos utilizados por las instituciones de la seguridad social, los de las empresas privadas y los de los establecimientos que atienden a la población abierta se incrementaron. La seguridad social manejó la mayor proporción de recursos (43%), seguida de las empresas privadas (42%). Las instituciones que atienden a la población abierta

(de fuente gubernamental mayoritariamente) utilizaron 13% del total de recursos. El seguro médico privado representó un fondo creciente aún muy alejado de los otros (apenas 2% del total). La participación de los gobiernos estatales se elevó a 3,7% entre 1992 y 1994 y se acepta que probablemente esté subestimada. Se calcula un crecimiento más marcado luego de 1996, dada la política de descentralización imperante.

El presupuesto en salud mantuvo un ritmo de crecimiento; el de la Secretaría de Salud pasó de MNS 8.893 millones en 1996 a MNS 14.064 millones en 1997, lo que representa un incremento de 58% (el cambio promedio en 1996 fue US\$ 1 = MNS 7,60). Es de destacar también el crecimiento del presupuesto estatal destinado a la seguridad social a partir de la reforma del sector y de la modificación de la Ley General de Seguridad Social de 1997, que incrementó los aportes estatales en más de 8 veces, al pasar de MNS 2.641 millones a MNS 21.379 millones entre 1996 y 1997, y elevó el aporte del Estado en los ingresos totales de la institución de 4,5% a 28,5%. En el campo de la enfermedad y maternidad, la transferencia estatal pasó de 5% a 37%, en sustitución de las cuotas obrero-patronales. Los datos sobre los recursos y gastos en salud de la Secretaría de Defensa Nacional y de la Secretaría de Marina se consideran confidenciales, de modo que no están disponibles.

Cooperación técnica y financiera externa

La Secretaría de Salud trabaja en la diversificación de la cooperación internacional en salud. Así, en 1996 se firmaron convenios de cooperación con los gobiernos de Cuba y Guatemala y se iniciaron negociaciones con Alemania, Bélgica, Japón, los Países Bajos y los países de la cuenca del Pacífico. Con América Central la relación de cooperación incluye el envío de expertos mexicanos, becas en instituciones del país y programas sanitarios en la frontera.

El volumen de ayuda financiera externa recibida para salud descendió notablemente en 1995 (US\$ 4 millones) con respecto a 1990 (\$493 millones), a 1991 (\$190 millones) y a 1992 (\$7,8 millones) debido a la ausencia de grandes proyectos con bancos de crédito internacionales. En 1996 se contó con un crédito del Banco Mundial de \$310 millones para cinco años, de los cuales ese año se ejecutaron 60 millones.

Las aportaciones financieras de México a organismos internacionales y a programas bilaterales de salud, en conjunto, pasaron de US\$ 25 millones en 1992 a \$8 millones cada año entre 1992 y 1995 y a 6,5 millones en 1996. Estos descensos se produjeron especialmente en los programas bilaterales de cooperación que pasaron de US\$ 17 millones en 1992 a menos de \$1 millón en 1996.

MONTSERRAT

Montserrat, una isla de terreno montañoso con una superficie de 102 km², es parte de la cadena de islas volcánicas del Caribe Oriental, que se extiende desde Saint Kitts en el norte hasta Granada en el sur. Es una posesión británica con sistema de gobierno propio: el Poder Ejecutivo está formado por un Primer Ministro y otros tres ministros, todos elegidos por el pueblo, y un Gobernador que representa al Gobierno del Reino Unido.

La prolongada erupción del volcán Soufrière Hills, que comenzó en julio de 1995 y continúa hasta la fecha, fue el principal acontecimiento ocurrido en Montserrat durante el período 1994–1997. La erupción ha tenido graves repercusiones en todos los aspectos de la economía, la política, el desarrollo y las condiciones generales de vida de ese territorio.

La discusión detallada de esas cuestiones está fuera del alcance del presente informe, pero un breve análisis de la emergencia causada por la actividad volcánica proporciona un marco útil para el examen de las condiciones de salud del territorio. Cabe señalar que los trastornos y la incertidumbre causados por dicha actividad han hecho estragos en el mantenimiento de los servicios de salud y de los registros y el acopio general de información. Además, el drástico desplazamiento de la población comprometió la calidad y cantidad de la información acopiada.

LA EMERGENCIA CAUSADA POR LA ACTIVIDAD VOLCÁNICA

La actual erupción del volcán Soufrière Hills es la primera en más de 300 años. Es posible que una serie de terremotos ocurridos en 1992 haya marcado el comienzo de la actividad volcánica observada en la actualidad. En julio de 1995, el volcán comenzó a arrojar ceniza, vapor y gases y ha seguido haciéndolo con intensidad cada vez mayor. Una erupción de grandes proporciones ocurrida en junio de 1997 causó 20 muertos, la destrucción de muchos poblados y el cierre del único aereo-

puerto de la isla. En ese entonces, solo se podía entrar y salir desde la vecina isla de Antigua en transbordador o helicóptero.

En el período de actividad volcánica de dos años y medio de duración, la zona de peligro (la “zona de exclusión”) se ha ampliado progresivamente y, a fines de 1997, los dos tercios de la región meridional de la isla se habían convertido en un lugar peligroso. En esa zona estaba Plymouth, la capital, centro industrial y comercial, sede de gobierno del territorio y sitio de servicios esenciales. La destrucción y el abandono de Plymouth y la destrucción casi total de la infraestructura de la capital desencadenaron una marcada decadencia económica. El Hospital Glendon también quedó destruido y ahora se ha trasladado a una antigua escuela en St. John, en el norte del territorio.

La mayoría de la población vivía en Plymouth y sus alrededores, y muchas familias perdieron su casa. El número de personas evacuadas de la zona de exclusión aumentó progresivamente en los años de la emergencia, a pesar de que la población general del territorio se redujo a un ritmo continuo a medida que muchas personas abandonaban la isla. En un principio, la población desplazada se alojó en albergues temporales en el norte, que pronto quedaron atestados. Sin embargo, a medida que se disponga de nuevas viviendas, deberá reducirse bastante la presión ejercida en esos albergues.

La mayor parte de la agricultura se concentraba en el sur y tuvo que ser abandonada. El Gobierno ha alquilado la tierra de la zona de seguridad para producción agropecuaria, pero la explotación agrícola solo ha podido continuar a escala muy reducida.

La industria turística ha sufrido un golpe particularmente duro. Los ingresos de ese sector se redujeron de US\$ 14,5 millones en los seis primeros meses de 1995, a US\$ 5,9 millones en los seis primeros meses de 1996. Todavía no se dispone de las cifras para 1997, pero se prevé que indicarán otra acusada baja.

El PIB fue de EC\$ 147,32 millones en 1994, EC\$ 139,18 millones en 1995, EC\$ 116,32 millones en 1996 y EC\$ 115,31 millones en 1997, lo que representa tasas negativas de creci-

miento real de 0,04% en 1994, 7,64% en 1995, 17,69% en 1996 y 1,73% en 1997.

La imposibilidad de pronosticar el curso de la actividad volcánica tendrá graves efectos en el futuro de Montserrat a corto y mediano plazos. Un buen sistema de acopio de información, mantenimiento de registros y análisis reviste importancia crítica para la planificación eficaz y el uso eficiente de recursos. En las actuales circunstancias, es particularmente importante tener un liderazgo bien definido y dedicado, donde haya que adaptar las actividades a los recursos disponibles y mantener la capacidad para responder eficazmente a la emergencia.

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Durante la emergencia fue sumamente difícil conseguir estadísticas precisas de población, puesto que muchos residentes salieron del país para pasar diversos periodos en el exterior. Las mejores estimaciones de población mostraron una baja de 10.402 habitantes en 1994 a 5.600 en 1997. Ya en enero de 1998 la población se había reducido a 3.483 habitantes. Hubo 150 nacidos vivos en 1994, 126 en 1995 y 128 en 1996. No se dispone del desglose por edad y sexo en el periodo objeto de examen.

Las tasas brutas de defunción en el periodo fueron de 9,3 en 1994, 12,1 en 1995 y 12,6 en 1996. Las tasas de mortalidad infantil en esos mismos años fueron de 13,0, 24,0 y 7,8. No hay datos para 1997. Dadas las dificultades para obtener cifras precisas sobre la población y el desglose por edad, las tasas deben interpretarse con precaución.

En 1994, las principales causas de defunción en el grupo de 30 años de edad y más fueron las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la enfermedad cerebrovascular, la diabetes mellitus, las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades del sistema digestivo. En 1996, la diabetes mellitus ocupó el primer lugar entre las causas de defunción, seguida de las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la enfermedad hipertensiva, la enfermedad cerebrovascular y la malnutrición. La malnutrición ocupó el sexto lugar entre las principales causas de defunción en 1996 y esas defunciones ocurrieron en adultos mayores (grupo de 70 a 99 años de edad). Aunque no hay datos de mortalidad para 1997, las defunciones en ese año se debieron sobre todo a quemaduras graves causadas por la erupción. Esas defunciones tuvieron un aumento del triple como causas principales de defunción en los años notificados y es probable que sigan siendo la principal causa de defunción en 1997.

Hubo 1.302 ingresos en el Hospital Glendon en 1994 y 1.106 en 1995. En 1996 ingresaron 1.166 personas en el Hospital de St. John. La diabetes, la hipertensión, las enfermedades del corazón, el embarazo y la gastroenteritis fueron las principales causas de hospitalización en el periodo 1994-1996.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

En los adultos, la diabetes y la hipertensión fueron las dos razones más comunes por las cuales acudió la población a los dispensarios en el periodo objeto de examen, seguidas de las enfermedades del corazón, el asma y las infecciones de las vías respiratorias superiores.

Los adultos mayores recibieron especial atención. A fines de 1997 había 126 adultos mayores alojados en cuatro hogares y albergues geriátricos mantenidos por el Gobierno y la Cruz Roja de Montserrat, y esta última entidad construye actualmente otro hogar con 50 camas. Hay otros 180 adultos mayores residentes en hogares o albergues comunitarios que reciben ayuda y otra asistencia en ese medio.

Se ha prestado particular atención a los albergues para refugiados y a su población. El intenso hacinamiento al comienzo de la emergencia podría haber causado problemas de salud fácilmente, pero se tomaron medidas de salud ambiental para manejar la evacuación de desechos sólidos, mejorar los servicios sanitarios, proporcionar agua potable y velar por la inocuidad de los alimentos. Las enfermeras de distrito agregaron los albergues a su lista de visitas domiciliarias. Se estableció un sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles para observar cualquier brote. La población de los albergues alcanzó un punto máximo de cerca de 1.400 personas en abril de 1996, pero ya para fines de 1997 se había reducido a cerca de 500.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

El número de casos de *gastroenteritis* en niños menores de 5 años varió de 57 en 1994 a 35 en 1995 y 42 en 1996. Entre 1994 y 1996 hubo un promedio de cerca de 100 casos anuales de gastroenteritis en la población de 5 años y más (96, 93 y 112 casos, respectivamente).

Los casos notificados de *influenza* aumentaron de 66 en 1994 a 90 en 1996.

En octubre de 1994 se produjo un brote de *dengue* con 327 casos notificados; se notificaron 750 casos en 1995 y 2 en 1996.

Montserrat ha establecido un consejo multisectorial de *sida* y *enfermedades de transmisión sexual*. El territorio sigue observando todas las pautas regionales y se examina la sangre para transfusiones. En el periodo de estudio hubo dos casos confirmados de sida en Montserrat y no se registró ninguna defunción.

El número de casos de intoxicación por *ciguatera* aumentó de 22 en 1994 a 28 en 1995 y se redujo a 14 en 1996.

En 1997 había 110 pacientes en el registro psiquiátrico y los principales trastornos mentales eran *esquizofrenia cró-*

nica, psicosis maniacodepresiva, psicosis por abuso de sustancias y depresión.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Organización del sector salud

Se han seguido prestando *servicios de atención primaria* durante la emergencia, a pesar de dificultades tales como la necesidad de cerrar los dispensarios dentro de la zona de exclusión y la pérdida de personal de salud. El número de dispensarios de *atención primaria* se redujo de 12 en 1994 y 1995 a 5 en 1996 y a 3 en 1997.

El Hospital Glendon de Plymouth, con 65 camas, reconstruido en 1989 después del huracán Hugo, quedó destruido y sus servicios se trasladaron a St. John en el norte. Se ha adaptado un edificio de una escuela para servir de centro de prestación de *atención secundaria* limitada, sobre todo atención médica y cirugía electiva sencilla. El establecimiento de St. John tiene una capacidad de 30 camas, pero hasta 10 de estas pueden ser ocupadas por pacientes dados de alta que esperan regresar a la comunidad. Los pacientes se envían a Antigua y Saint Kitts para recibir la atención que no se presta en Montserrat.

Los *servicios de laboratorio de los hospitales* se limitan a sencillas investigaciones de hematología y bioquímica y a servicio de bancos de sangre; no se realizan análisis microbiológicos. El departamento de rayos X puede realizar investigaciones básicas de emergencia con una unidad radiológica portátil.

Servicios de salud y recursos

La *atención prenatal* se presta en los tres dispensarios de atención primaria de distrito y los consultorios de dos médicos en ejercicio particular. Se presta atención obstétrica para embarazos de poco riesgo en el Hospital de St. John; todos los embarazos de alto riesgo se envían a Antigua o Saint Kitts. Se ofrece atención posnatal en los tres dispensarios de distrito hasta las seis semanas después del parto y luego en el lugar de residencia de la madre.

Se ofrecen *servicios de planificación familiar* en los tres dispensarios de atención primaria de distrito y los consultorios de dos médicos en ejercicio particular.

El *programa de inmunización* ha seguido funcionando bien durante la emergencia causada por la actividad volcánica. Se estima que la cobertura con las vacunas DPT, MMR y antipoliomielítica es cercana a 100%. Las vacunas son administradas en los dispensarios de atención primaria y como parte del programa de examen físico preescolar de los niños de 4 a 5 años al ingresar a la escuela primaria. Entre las enfermedades

objeto del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se notificaron dos presuntos casos de sarampión, uno en 1994 y otro en 1995. Se notificó un caso de difteria en 1995. No se notificaron casos de parotiditis, rubéola, tos ferina, tétanos ni poliomielitis en el período.

Un psiquiatra jubilado y una enfermera psiquiátrica administran los *servicios de salud mental*. El programa es sobre todo comunitario, y se realiza una sesión clínica especialmente para seguimiento de los pacientes psiquiátricos. El número de clientes atendidos aumentó de 100 en 1994 a 220 en 1995 y a 240 en 1996, antes de reducirse a 110 en 1997.

Organización de los servicios de atención a la población

Control de vectores, abastecimiento de agua, sistemas de alcantarillado, eliminación de residuos sólidos y vigilancia de la contaminación. La Unidad de Control de Plagas dirigió la mayoría de sus esfuerzos hacia el control del mosquito *Aedes aegypti*. Se emplearon métodos integrados de control de vectores para eliminar mosquitos, moscas, cucarachas, ratas y ratones. Un brote de dengue ocurrido en octubre de 1994 movilizó a la mayor parte de la población en un programa de limpieza en masa en toda la isla para la reducción de fuentes, que ayudó a controlar el brote en un lapso de cuatro meses.

La emergencia causada por la actividad volcánica exigió el traslado en masa de la población al norte de la isla, lo que atrasó el programa de control de vectores y fomentó la proliferación de muchos insectos, plagas y roedores, especialmente en los albergues atestados y en sus alrededores.

Una encuesta del sistema de abastecimiento de agua de Montserrat realizada en 1997 confirmó que ese sistema no se había contaminado con productos volcánicos, pero que se necesitaría vigilancia continua. Casi todas las fuentes de agua estaban localizadas al sur de la isla, donde vivía la mayoría de la población antes de iniciarse la erupción, y se abandonaron las fuentes de agua y los lugares de depósito en la zona de exclusión. Se cree que se puede obtener suficiente agua para atender la demanda futura, con algunas modificaciones del método de bombeo, las cañerías y los depósitos del sistema de abastecimiento.

En 1995 se puso en práctica un programa para facilitar la construcción y el uso de letrinas prefabricadas. En ese mismo año se realizó un programa de educación pública sobre el mantenimiento apropiado de los sistemas de fosas sépticas.

En marzo de 1995 se privatizó la recolección de basura, lo que mejoró mucho el manejo de los residuos sólidos. Antes de la crisis, el Gobierno había adquirido un terreno de 22 hectáreas destinado a la construcción de un relleno sanitario, pero hubo que abandonar el sitio porque quedaba en la zona de exclusión. Aún no se ha encontrado otro y en la actualidad se

emplea uno provisionalmente. Ese sigue siendo un grave problema.

La calidad del aire se vigila con la medida de la concentración de polvo respirable y el público recibe información al respecto del Observatorio de Volcanes de Montserrat. La calidad del aire en la zona de seguridad en el norte de la isla se ha mantenido constantemente dentro de límites aceptables.

Recursos humanos

En Montserrat ha habido pérdida de personal de salud desde que comenzó la crisis ocasionada por la actividad volcánica. El número de enfermeras diplomadas se redujo de 40

en 1994 a 13 en 1998. La escasez de personal se ha resuelto sobre todo con recursos humanos de otros países del Caribe y del Reino Unido.

Gasto y financiamiento sectorial

En la actualidad el gasto depende mucho del presupuesto de ayuda que Montserrat recibe del Reino Unido. El gasto en salud, como porcentaje del presupuesto total de Montserrat, fue de 16,5% en 1994, 17,5% en 1995, 13,4% en 1996 y 13,5% en 1997; el gasto en salud como porcentaje del presupuesto ordinario total fue de 16,5%, 17,5%, 16,9% y 16,7%, respectivamente.

NICARAGUA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Nicaragua se encuentra ubicada en el centro del istmo centroamericano y tiene una superficie de 130.682 km². Por la conformación del relieve, el país se divide en tres regiones: la del Pacífico, la del Atlántico y la central. La población no está distribuida de manera homogénea, sino que se concentra en la región del Pacífico, que ocupa 15,3% del territorio nacional y alberga 61,5% de la población total (con rangos de pobreza de 5% al 24%), y 76,4% de la población urbana. En la región central, que abarca 33,9% del territorio nacional, habita 32,6% de la población total (con rangos de pobreza de 15% a 35%), en su mayor parte rural. La región del Atlántico, que ocupa 50,9% del territorio nacional, solo alberga 5,9% de la población total (con rangos de pobreza de 35% a 45%).

El Gobierno electo en 1990 recibió un país en estado de posguerra, con una sociedad dividida y polarizada, y tuvo que enfrentar tres grandes problemas que demandaban solución a corto plazo: terminar la guerra, eliminar la hiperinflación y sentar las bases para un crecimiento económico sostenible, y resolver el problema de la propiedad y promover la inversión del sector privado.

El eje central del programa de ajuste económico del Gobierno de Nicaragua lo constituyó, junto con la fijación del tipo de cambio y una política monetaria y crediticia restrictiva, la reducción del gasto global del sector público a un nivel que pudiera ser financiado por ingresos ordinarios, donaciones externas, préstamos bilaterales y créditos de instituciones multilaterales. Igualmente, el plan de ajuste se vinculó a la privatización de empresas estatales, la reducción del número de funcionarios públicos y la apertura comercial internacional.

En 1996 la economía nicaragüense continuó con su ritmo de crecimiento sostenido desde 1994, reflejo de los esfuerzos de la política gubernamental de consolidar los programas de estabilización con crecimiento económico. En este contexto, el

producto interno bruto (PIB) creció por tercer año consecutivo, esta vez 5,5%, la mayor tasa de crecimiento de los últimos 17 años; de esta forma el producto por habitante creció 2,3%.

Entre los factores que contribuyeron al crecimiento del PIB durante 1996 se pueden señalar la estabilidad macroeconómica, la apertura de la economía hacia el exterior y el dinamismo del proceso inversionista del sector privado. Los sectores de mayor crecimiento fueron los de agricultura, pesca, industria, construcción, comercio y servicios.

En 1996 el aumento de la población económicamente activa fue de 3,1%, similar al del año anterior. De igual manera, la población ocupada se incrementó 5,8%, mientras el desempleo abierto disminuyó 8,8%, acorde con el crecimiento del PIB. Esto fue posible gracias al programa de inversiones públicas, el auge de la zona franca industrial, los programas generadores de empleos temporales puestos en marcha por el Fondo de Inversión Social de Emergencia y la generación de empleos en el sector agrícola.

Durante el primer semestre de 1996 la tasa de inflación promedio mensual fue de 0,92%, mayor que la del mismo período del año precedente (0,77%). Este aumento comenzó a desacelerarse a partir de julio, y en el tercer trimestre llegó a un promedio de 0,13%; no obstante, en el mes de octubre la tasa de inflación fue de 2,6%, debido básicamente al incremento de los precios del frijol, el arroz y el gas butano. Al finalizar el año 1996, el costo de la canasta básica urbana de 53 productos en la ciudad de Managua era de \$C 1.225,60, es decir, 13,6% mayor que en 1995.

En 1996 la política salarial en el sector público continuó estando determinada por el proceso de ajuste estructural y reducción del gasto que se viene desarrollando desde 1991, y los sueldos se han mantenido congelados en el sector. El sector privado, por su parte, continuó con la política de libre determinación de salarios, salvo en lo que se refiere al salario mínimo legal. El salario nominal promedio a nivel nacional aumentó 9,1% con respecto al año anterior, en tanto que en el gobierno central aumentó solamente 2,8%. Por su parte, el sa-

lario de los asegurados por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) aumentó 7,6%, debido principalmente a los ajustes llevados a cabo en el sector privado. Las actividades en las que más aumentaron los salarios fueron las relacionadas con el transporte, la agricultura y la minería (23,4, 14,7 y 12,5%, respectivamente).

El monto de las exportaciones aumentó de un promedio anual de US\$ 282 millones en 1985–1989 a más de US\$ 500 millones en 1995; en 1995 el valor de las importaciones ascendió a US\$ 818 millones. La deuda per cápita (US\$ 2.600) supera el ingreso per cápita anual (US\$ 407).

Los cambios más importantes derivados de la política económica aplicada durante el período 1990–1996 incluyen la reducción de la deuda externa de US\$ 10.220 millones a US\$ 5.517 millones; la eliminación de la hiperinflación, que osciló entre 3,5% en 1992 y 11,1% en 1995; el crecimiento económico, que fue de 3,3% en 1994 y 4,2% en 1995; un régimen cambiario fijo con un sistema de deslizamiento mensual de 1,0%; la reducción del gasto corriente del sector público no financiero de 42,5% del PIB en 1990 a 21% del PIB en 1994; el crecimiento de la inversión pública, como porcentaje del PIB, de 2,5% en 1990 a 14,2% en 1994; la privatización del comercio exterior; la reducción del número de empleados públicos de hasta 60% en 1994; la simplificación del sistema tributario y la reducción de las tasas para estimular la inversión pública local e internacional; la conclusión de la privatización de las empresas del Estado en 1995; la apertura de bancos privados desde 1991, y el establecimiento de una bolsa de valores.

La política social está subordinada a la política económica de ajuste, y da prioridad a la búsqueda de mecanismos para optimizar el gasto social. Se establecieron fondos de emergencia social para compensar la caída de los ingresos de los grupos más pobres, se impulsaron acciones de autoayuda y los trabajos comunitarios cobraron relevancia como estrategia en la lucha contra la pobreza. El Gobierno diseñó varios programas para aliviar la pobreza, entre ellos el Fondo de Inversión Social, el Programa de Reconciliación y Rehabilitación Nacional, el Fondo de Acción para Sectores Oprimidos, el Fondo de Empleo Comunal y el Programa Solidario de la Producción.

Nicaragua está organizada en 16 departamentos, 2 regiones autónomas y 145 municipios de características rurales o semiurbanas. A partir de 1990, en el contexto de las reformas del Estado se inició un proceso de descentralización orientado a fortalecer a los municipios como gestores principales del desarrollo socioeconómico local y dispensadores de servicios básicos. Según el censo de 1995 la población era de 4.139.486 habitantes y las mujeres representaban 52% de la población nacional. En cuanto a la estructura por edad, 45,4% de la población pertenecía al grupo de 0 a 14 años, 51,8% al de 15 a 64 y 2,8% al de 65 años y más. Los resultados de la Encuesta de Medición del Nivel de vida realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en 1993 indican

que 75% de los hogares nicaragüenses presentaban una o más necesidades básicas insatisfechas, que 44% vivían en condiciones de pobreza extrema, y que la pobreza extrema afectaba a 60% de los hogares rurales.

En 1996 la población económicamente activa ascendía a 1.534.100 habitantes (34% de la población total), de los cuales 58% eran hombres y 42%, mujeres. La población desempleada era de 245.600 habitantes (16,1%), de los cuales 45% eran hombres y 55%, mujeres.

La esperanza de vida al nacer aumentó de 48,5 años en el período 1960–1965 a 66,2 años en 1990–1995. En las zonas rurales la esperanza de vida es casi 10 años menor; para las mujeres es más elevada que para los hombres. La tasa de natalidad estimada para el período 1990–1995 es de 40,5 por 1.000, y la tasa de fecundidad, de 5,0 hijos por mujer.

Hasta el decenio de 1940 la población creció a un ritmo moderado. A partir de entonces el país entró en un proceso de transición demográfica, caracterizado por un sostenido descenso de la mortalidad general, que se redujo de 22,7 por 1.000 en 1950–1955 a 6,8 por 1.000 en 1990–1995, y por un descenso considerablemente más tardío de la fecundidad, que pasó de 7,3 hijos por mujer en 1950–1955 a 5,0 hijos en 1990–1995. Como consecuencia de estos cambios, el crecimiento natural de la población se aceleró y se mantuvo en torno a una tasa promedio anual de 3% hasta finales de la década de los ochenta. Así, el tamaño de la población nacional se triplicó entre 1950 y 1990, pasando de 1,1 millones de personas en 1950 a 3,6 millones en 1990 y a 4,1 millones en 1995.

Entre 1940 y 1995 el porcentaje de población que vivía en asentamientos urbanos se elevó gradualmente de 30% a 57%, como resultado de una sostenida migración del campo a la ciudad, convirtiendo a Nicaragua en un país con características predominantemente urbanas, aspecto que se refleja en la concentración de población de origen rural en la ciudad capital.

Las migraciones internas se orientan mayoritariamente hacia las zonas urbanas. El departamento de Managua suma casi 40% de los migrantes internos, pero su peso en la atracción global de migrantes ha descendido en comparación con el de 20 años atrás. La migración interna rural se dirige hacia la nueva frontera agrícola; según el INEC, 80% de esta migración carece de todo tipo de servicios médicos públicos. Se estima que en el período 1985–1995 se han desplazado más de 350.000 personas.

Entre los migrantes hacia las zonas urbanas predominan las mujeres (60% del total de migrantes y 67% en el rango de 15 a 29 años de edad, según el censo de 1995). En 1995, 59% del total de las mujeres migrantes trabajaban en el sector de comercio y servicios, y 27% se encontraban desempleadas. A partir de 1990 la contracción económica del país, en particular la de la agricultura de exportación, determinó que las migraciones hacia Costa Rica desplacen a las migraciones inter-

nas estacionales; se estima que en ese país hay unos 350.000 migrantes nicaragüenses ilegales, y que el flujo anual es de 20.000 a 30.000 personas. Los departamentos de Chontales, Boaco, Matagalpa, Estelí, León y Granada generan más de 65% de la emigración total, ya sea interna o internacional.

Mortalidad

De las variables de crecimiento poblacional, la reducción de la mortalidad es el componente demográfico que ha tenido más impacto sobre el tamaño y la composición por edad de la población. Se estima que en 1995 el subregistro de la mortalidad ascendía a 56%. Sobre la base de la Encuesta Sociodemográfica de 1985 (ESDENIC-85), la tasa de mortalidad general se estimó en 10,1 por 1.000 habitantes. Las principales causas de mortalidad en el período 1990–1995 fueron las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades infecciosas intestinales y las afecciones originadas en el período perinatal. El número de defunciones registradas por el Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI) muestra una disminución desde 1985, lo que parecería indicar un aumento del subregistro. Sin embargo, se observa que en los grupos de edad de menores de 1 año, 1 a 4 años y mayores de 45 años las cifras se han mantenido más o menos estables. Para el período 1990–1995 se estima una tasa bruta anual de mortalidad de 6,8 por 1.000 habitantes y un número anual promedio de defunciones de 28.000. El porcentaje de defunciones certificadas por un médico es de 50%, y el porcentaje de defunciones por “síntomas y estados morbosos mal definidos”, de 5%.

En 1984 las cifras oficiales de mortalidad materna indicaban una tasa de 47 por 100.000 nacidos vivos, cifras que expresaban un subregistro muy importante. En 1988, evaluaciones indirectas calculaban una tasa de 87 por 100.000, y en 1990 se estimaba una tasa de alrededor de 100 por 100.000 nacidos vivos. De los anuarios y series cronológicas del Ministerio de Salud, únicamente se conocen tasas de defunciones hospitalarias, que oscilaron desde 95 defunciones maternas hospitalarias por 100.000 nacidos vivos en 1983 hasta 73 en 1987, con un máximo de 106 en 1985. A partir de 1988 las tasas que se notifican incluyen las defunciones que ocurren en instituciones y en el hogar.

En 1991 el Plan Maestro de Salud estimaba que la mortalidad materna era de alrededor de 150 por 100.000 nacidos vivos. Esta cifra se obtuvo a partir de los datos del SINEVI, después de hacer correcciones para el subregistro y ajustes para las tasas de mortalidad general estimadas por el INEC. Un análisis del año 1995 que toma el período 1991–1995 indica que la mortalidad pasó de 93 a 155 por 100.000 nacidos vivos, lo que, por un lado, demuestra el esfuerzo por mejorar la captación de información desde los niveles locales y, por otro, indica que todavía queda mucho por hacer en esta área.

Las causas de la mortalidad materna son las asociadas con la última mitad del embarazo, incluida la hemorragia, la enfermedad hipertensiva del embarazo y la sepsis, aunque el aborto se registra como una causa importante. El principal factor condicionante de este problema es el alto riesgo reproductivo de las mujeres nicaragüenses, que se manifiesta en un elevado número de hijos por mujer y en una alta tasa de fecundidad específica en las mujeres menores de 19 años y mayores de 35 años. Los embarazos en adolescentes constituyen cerca de 28% del total de los embarazos.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La ESDENIC-85 estimó la tasa de mortalidad infantil en 71,8 por 1.000 nacidos vivos; para 1996 se estimó en 58 por 1.000 nacidos vivos. Los departamentos de Matagalpa, Jinotega, León y Chinandega tienen tasas de mortalidad infantil que superan la media nacional; los departamentos de Madriz, Nueva Segovia, Estelí, Masaya, Rivas, Chontales y Boaco tienen tasas moderadamente altas, alrededor de la media nacional, y el departamento de Managua tiene tasas inferiores a la media nacional.

Las defunciones de menores de 1 año constituyeron 28,7% y 30,8% del total de las defunciones en los años 1988 y 1990, respectivamente, y 24,1% en 1991. La tendencia continuó decreciendo, y se calcula que en 1996 el porcentaje se redujo a cerca de 21%. Las principales causas de mortalidad en los menores de 1 año son las enfermedades infecciosas intestinales, las afecciones originadas en el período perinatal, las enfermedades respiratorias agudas, las anomalías congénitas y la desnutrición.

En 1995 el porcentaje de defunciones de menores de 5 años representó 5% del total. En 1995, la población de 5 a 14 años contribuía con cerca de 30% de la población total; en cambio, su mortalidad representaba 3,5% del total de las defunciones registradas. Persisten como causa de muerte algunas enfermedades transmisibles (31,3%) ligadas a las necesidades básicas insatisfechas y a la pobreza, y se observa un aumento de los accidentes y la violencia (30,2%) y de las enfermedades degenerativas (10%).

La salud del adolescente

La población adolescente comprendida en el grupo de 10 a 19 años representa 25,6% del total de la población. Se estima que 38,8% de los adolescentes de 15 a 19 años son trabajado-

res, y la tasa de fecundidad específica para el grupo de adolescentes se considera la más alta de Centroamérica. La principal causa de egresos hospitalarios para los adolescentes del sexo femenino es el parto normal, mientras que para los del sexo masculino son la apendicitis y las fracturas por accidentes. Las principales causas de mortalidad para ambos sexos fueron los accidentes, las lesiones por ahogamiento y el suicidio, y las lesiones autoinfligidas.

La salud de los trabajadores

El número de trabajadores registrados en la Dirección de Riesgos Profesionales del INSS pasó de 214.675 en 1992 a 203.489 en 1995, y se registraron 3.430 y 3.275 accidentes de trabajo respectivamente en esos años. El número de muertes consignadas en el Registro de Accidentes Laborales del Ministerio de Trabajo pasó de 27 en 1992 a 11 en 1996.

La atención de la salud ha sido asignada por el Ministerio de Trabajo al Ministerio de Salud, que tiene un programa de salud ocupacional adscrito al Departamento de Higiene, pero este carece de un plan operativo. A partir del censo de 1995 se consideran parte de la población económicamente activa (PEA) a los mayores de 10 años. Esto obedece a las características económicas del país, donde predomina la producción agropecuaria, con un gran empleo de mano de obra infantil; alrededor de 24.000 niños de 10 a 14 años trabajan en el sector informal y 6.000 en el sector formal.

El 80% de los químicos empleados en el país son plaguicidas. En 1996 se registró una tasa de intoxicaciones agudas de 58 por 100.000 habitantes con un subregistro de hasta 9,6%.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. Los casos de malaria, que habían disminuido de 35.785 en 1990 a 27.653 en 1991 y a 26.866 en 1992, aumentaron a 47.798 en 1993 y llegaron a una cifra récord en la historia del país en 1995, cuando se registraron 70.235 casos. Los casos de malaria por *Plasmodium falciparum* también aumentaron ese año (2.926 casos), con 16 defunciones. La fórmula parasitaria en 1995 fue 4,41% por *P. falciparum* y 95,6% por *P. vivax*. En la ciudad de Managua se presenta uno de cada cuatro casos de malaria del país. La transmisión está favorecida por factores como la migración del campo a la ciudad, el surgimiento de asentamientos espontáneos en zonas insalubres, el incremento de la precipitación pluvial en los últimos años, con la consecuente formación de inmensos pantanos en zonas costeras de Managua, la alta rotación del personal que labora en las actividades

de control de vectores, la escasez de medios, entre ellos de transporte e insumos, y la falta de coordinación intra e interinstitucional.

Desde 1985 el dengue es endémico en Nicaragua, y se presentan brotes de la enfermedad en diferentes zonas del país. A partir del 15 de octubre de 1994 se centralizaron las medidas de control del vector y se intensificaron las tareas de reducción de criaderos en la ciudad de Managua, con el objetivo de reducir la transmisión de la enfermedad. En los años 1992–1993 se introdujo el serotipo 4 y en 1994 el serotipo 3, provocando una epidemia con 20.469 casos registrados, 1.511 hospitalizados y 6 defunciones; los departamentos de León y Managua fueron los más afectados. En 1995 se registraron 19.260 casos de dengue, y 2.792 en 1996 (una reducción de 82%). Solo cuentan con diagnóstico de laboratorio entre 10% y 15% de los casos de dengue registrados, por lo que uno de los componentes de la vigilancia epidemiológica que debe mejorarse es la confirmación en el laboratorio a través de un sistema de muestreo.

El 19 de octubre de 1995 el sistema de vigilancia epidemiológica de León notificó la muerte de seis personas residentes del municipio de Achuapa, todas con un cuadro febril agudo que evolucionó rápidamente a una enfermedad grave con afectación respiratoria. El 6 de noviembre el Ministro de Salud, con apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, de los Estados Unidos de América, identificó al agente causal e informó que la enfermedad se trataba de leptospirosis. Durante los meses de octubre y noviembre, en los municipios de Achuapa y El Sauce se brindaron 17.847 consultas médicas y se detectaron 1.904 pacientes sospechosos de leptospirosis. Entre octubre y noviembre el total de muertes probables por leptospirosis ascendió a 48 en todo el país; las edades de los casos mortales oscilaron de 4 a 60 años, con un promedio de 18, y la razón hombre/mujer fue de 1,4:1. Está en marcha un amplio estudio en la población animal; resultados preliminares indican que 90% de las ratas capturadas en Achuapa y estudiadas por anatomía patológica tienen leptospiras en el tejido renal. Además, estudios serológicos en perros mostraron altos títulos de anticuerpos para la serovariedad canicola.

Entre 1994 y 1996 se notificaron 2.723 casos de leishmaniasis: 2.605 de leishmaniasis cutánea, 76 de la forma mucocutánea y 42 casos de leishmaniasis visceral. Cabe destacar que desde 1988 hasta 1996, el laboratorio de parasitología del Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia diagnosticó 44 casos de leishmaniasis visceral en el país. Se pudo demostrar la magnitud del subregistro de la información. La organización no gubernamental Médicos del Mundo-España, en coordinación con el Sistema Local de Atención Integral a la Salud (SILAIS) de Río San Juan, realizó durante tres meses una búsqueda activa de casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea en solo tres municipios de Río San Juan y encontró 1.140

casos, cifra superior a los 946 casos registrados por el sistema de notificación a nivel nacional en el año 1996. Además, en 1996 se detectaron por primera vez en el país casos de leishmaniasis cutánea atípica, variante clínica de la leishmaniasis cutánea.

Desde 1992 hasta 1996 el Centro Nacional de Sangre de la Cruz Roja Nicaragüense detectó 358 donantes seropositivos para *Trypanosoma cruzi*, de los cuales 249 no pudieron ser confirmados en el exterior por falta de presupuesto.

Rabia y otras zoonosis. La rabia humana urbana ha provocado un promedio de dos casos por año en la década de los setenta, tres casos por año en la de los ochenta y uno por año en el período 1990–1996. La incidencia de la rabia canina fue de 150 casos por año en la década de los setenta, 83 casos por año en la de los ochenta y 39 casos por año en el período 1990–1996. La mayor incidencia de rabia se presenta en los departamentos de Managua, León, Masaya, Granada y Chinandega.

Enfermedades inmunoprevenibles. La incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación (poliomielitis, sarampión, tos ferina, difteria y tétanos) muestra una tendencia al descenso en los últimos años como resultado del incremento de la cobertura de vacunación, que en 1996 en los menores de 1 año alcanzó 94% con la vacuna antipoliomielítica, 83% con DPT, 83% con antisarampionosa y 100% con BCG. El último caso de poliomielitis se registró en 1982, y en 1994 se certificó su erradicación.

La última epidemia de sarampión ocurrió en 1990, con 18.225 casos (37% en mayores de 10 años) y 772 defunciones. El sarampión representó 6% del total de las defunciones por todas las causas a nivel nacional. En los últimos años la incidencia ha disminuido como consecuencia de las estrategias de eliminación, y hace más de tres años que no se confirma un caso en el laboratorio. En 1994 se notificaron 587 casos sospechosos, 195 en 1995 y 302 en 1996, y todos se descartaron.

El último caso de difteria se notificó en 1987. La tos ferina continúa siendo endémica, pero el número de casos comunicados disminuyó de 242 en 1990 a 14 en 1996.

El número de casos de tétanos neonatal notificados ha disminuido de 90 en 1980 a 17 en 1990 y 1 en 1996. Desde 1990 se llevan a cabo actividades para incrementar la cobertura de vacunación con dos dosis de toxoide tetánico a las mujeres en edad fértil en todo el país, especialmente en las áreas identificadas como de alto riesgo.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. De acuerdo con el SINEVI, en 1990 se registraron 2.166 defunciones por diarrea, 75,6% en menores de 1 año. En 1991 la

campaña de lucha contra el cólera conllevó una reducción de 45% de las defunciones en los diferentes grupos de edad en relación con 1990; en los menores de 1 año la reducción fue de 48%. En 1993 y 1994 el sistema de vigilancia registró 255.000 y 264.366 casos de diarrea respectivamente. Hasta 1990 las defunciones superaban a 2.000 anuales; en el período 1991–1996 el número de muertes se redujo a un promedio de 1.000 anuales. En el período 1993–1995 se registró un promedio de 7.677 casos de cólera y 172 defunciones anuales. En 1996 se registraron 2.979 casos y 82 defunciones (una reducción de 61% en relación con el promedio de casos del período 1993–1995 y una reducción de 52% en relación con el promedio de defunciones del mismo período).

Enfermedades crónicas transmisibles. En el período 1990–1995 se registró un promedio de 2.836 casos de tuberculosis y 230 defunciones anuales. El porcentaje de curación mejoró hasta 81%, y el de abandono se redujo a 7%. En 1995 el número de defunciones se redujo a 185 en relación con el promedio del período 1990–1995, con una tasa de mortalidad de 4,5 por 100.000 y una tasa de incidencia de 69 por 100.000. Hasta la fecha no se cuenta con un estudio representativo sobre la prevalencia de la infección por VIH y sida entre los pacientes con tuberculosis.

Hasta 1995 se había notificado una prevalencia de 0,997 de casos de lepra por 10.000 habitantes, que representa 413 casos distribuidos en 11 SILAIS, de los cuales 45% estaban en Managua, 27% en Chinandega y 10% en León.

Infecciones respiratorias agudas. En el período 1993–1995 se registró un promedio de 1 millón de casos anuales de infecciones respiratorias agudas, y el número promedio de defunciones durante ese mismo período fue de 1.200.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Entre 1987 y el primer semestre de 1995 había 96 personas infectadas por el VIH y 114 con sida. De estas últimas, fallecieron 71; 91% de los afectados eran menores de 44 años. Del total de casos, 86% eran hombres y 14% mujeres, con una razón hombre/mujer de 6:1. La transmisión sexual fue la causa en 94% de los casos, y de ellos 54% eran heterosexuales, 25% homosexuales y 15% bisexuales. Con respecto a la distribución geográfica de los casos, 54% se presentaron en el departamento de Managua, 6% en el de Chinandega, León y Rivas, respectivamente, 5,2% en el de Nueva Segovia, y menos de 3% en el resto del país.

En 1995 se notificaron 9 casos de sífilis congénita y 490 casos de sífilis adquirida, con una tasa de incidencia de 0,2 por 100.000 nacidos vivos y 11,8 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Entre 1992 y 1995 la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares aumentó de 64,0 a 71,0 por 100.000 habitantes; la de tumores malignos, de 26,6 a 28,5; la de hipertensión arterial, de 3,1 a 10,8, y la de diabetes mellitus, de 8,9 a 9,6 por 100.000 habitantes.

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Deficiencia de Micronutrientes realizada en Nicaragua en 1993, la ingesta calórica de los niños nicaragüenses solo cubre 88,9% del aporte diario recomendado. La Encuesta concluye que prácticamente uno de cada tres niños tiene deficiencia franca de vitamina A y sufre de anemia por deficiencia de hierro, dos de cada tres niños preescolares tienen deficiencia de vitamina A o están en riesgo de tenerla, una de cada tres mujeres adultas padece de anemia causada principalmente por deficiencia de hierro, la deficiencia de consumo de calorías, hierro y vitamina A podría atribuirse a insuficiente disponibilidad y accesibilidad geográfica y económica, y posiblemente a patrones culturales que limitan el consumo de vegetales disponibles, y la alta frecuencia de morbilidad, especialmente por enfermedades infecciosas (diarreas e infecciones respiratorias agudas), es uno de los factores que contribuyen a agravar las deficiencias de micronutrientes en los niños.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La misión del Ministerio de Salud es asegurar a las personas el acceso a un servicio de salud que responda a sus necesidades reales y sentidas, y que enfatice la promoción y prevención de la salud con un enfoque integral y humanizado. Los grandes desafíos que enfrenta el Ministerio de Salud para cumplir con su misión y avanzar en la reforma institucional son incorporar nuevas modalidades de organización y gestión, adoptar nuevas alternativas de financiamiento, modernizar los hospitales, promover la protección de las inversiones en infraestructura y equipamiento, definir y proveer un paquete básico de servicios esenciales, priorizar territorios y grupos de riesgo, promover la salud y prevenir las enfermedades, alcanzar la eficiencia en la utilización de los recursos, y mejorar los sistemas de control de gestión. Se trabaja en un modelo de atención para abordar los problemas de salud mediante una estrategia preventiva, integral, interprogramática y participativa para intervenir sobre los factores de riesgos. El perfil de salud de Nicaragua indica que se debe continuar dando prioridad a las mujeres y a los niños e incorporar a los

adolescentes y a los ancianos. El énfasis de la atención de la salud de las mujeres se pone en la etapa de vida reproductiva mediante la planificación del embarazo, la atención del embarazo, el parto y el puerperio, y la detección oportuna del cáncer de cuello uterino y de mama. En los niños, se controlan el crecimiento y desarrollo, la situación alimentaria y nutricional, y las circunstancias difíciles. En los adolescentes, se hace hincapié en la prevención de adicciones y del embarazo precoz y no deseado. Para los ancianos, se destaca el autocuidado, la prevención y el tratamiento oportuno de las complicaciones, y se promueve la solidaridad y la responsabilidad de la sociedad para con los ancianos.

La Constitución Política de la República, la Ley Creadora del Sistema Nacional Único de Salud y las disposiciones contenidas en los acuerdos o instrumentos internacionales conforman el marco jurídico y conceptual de mayor fuerza en materia de salud. Las disposiciones y leyes han quedado desactualizadas debido al desarrollo del sector salud, el respeto al medio ambiente, la necesidad del control sanitario de medicamentos y alimentos y el avance de los derechos de los pacientes.

Organización del sector salud

El Ministerio de Salud es el principal proveedor de los servicios de salud. Se estima que el seguro social atiende a 5% de la población y el sector privado a 4%. El Ministerio de Salud dispone de 873 unidades en el primer nivel de atención con una cobertura potencial de aproximadamente 3 millones de habitantes. A pesar de los avances realizados en la organización de la red pública aún persisten problemas, entre los cuales cabe destacar el desabastecimiento de insumos médicos y no médicos, la infraestructura deficiente y falta de equipamiento, el crecimiento inorgánico de las unidades, la falta de normativa técnico-administrativa, la demanda insatisfecha de algunos servicios, la saturación de la capacidad de atención de los hospitales, y la baja productividad y distribución inadecuada de los recursos humanos.

En la década de los ochenta, la infraestructura del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y sus recursos sanitarios pasaron a ser propiedad del Estado bajo el control y administración del Ministerio de Salud.

Desde 1992 el Modelo de Atención Previsional compra servicios de salud para los asegurados y sus dependientes, con fondos procedentes de las cotizaciones (del trabajador, el empleador y el Estado), a agentes prestadores de servicios organizados. Este modelo ha permitido una participación mayor del sector privado en el mercado de la prestación de servicios médicos. El INSS continúa con su tradicional función de recaudador de cotizaciones, transfiere las actividades de atención a las 32 Empresas Médicas Previsionales (EMP), y ejerce

funciones de facilitador y supervisor de las acciones sanitarias para asegurar un mínimo de calidad en el otorgamiento de los servicios. El establecimiento del modelo de Empresas Médicas Previsionales permitió la extensión de la cobertura a nivel nacional a 110.269 asegurados activos. En relación con el universo total de asegurados cotizantes en el régimen integral, el INSS ha logrado una cobertura de 71,3%. El INSS da protección sanitaria a 290.000 derechohabientes en todo el país.

Si bien se desconoce con exactitud la dimensión del subsistema privado, se estima que cubre aproximadamente 4% de la población total y que su infraestructura está compuesta por 7 hospitales con 200 camas, 200 clínicas de atención ambulatoria y un número no identificado de laboratorios y farmacias.

A la par de las reformas del Estado, las principales instituciones que conforman el sector salud (el Ministerio de Salud, el INSS, el sector privado con y sin fines de lucro, el Servicio Médico Militar y las entidades formadoras) han replanteado sus estrategias en búsqueda de soluciones a los problemas de salud de la población. El Ministerio de Salud impulsó cambios fundamentados y la descentralización hacia sus estructuras intermedias, los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS), cambios que requieren ser profundizados para alcanzar la equidad, la eficiencia y la eficacia. La seguridad social se ha orientado a financiar y regular a las Empresas Médicas Previsionales, a las que compra un paquete básico para sus asegurados. El Ministerio de Salud completa la atención de los asegurados en sus unidades mediante la atención gratuita a enfermedades no cubiertas por dicho paquete. Hasta el momento, el Modelo de Salud Previsional no presta servicios a pensionados y jubilados, los que siguen siendo atendidos por el Ministerio de Salud.

La medicina privada sufre las repercusiones de la crisis económica del país, de la competencia de centros alternativos sin fines de lucro y del desarrollo de los servicios privados en los hospitales públicos. Esta situación se agrava por la falta de alternativas de organización de la atención privada, tales como cooperativas, seguros médicos, prepagos u otros. En los últimos años aumentó el número de organizaciones no gubernamentales que prestan servicios alternativos, principalmente en los campos de la salud reproductiva de la mujer y de educación para la salud, y que coordinan sus actividades con los sistemas locales pero sin que exista un mecanismo oficial de coordinación. Tanto el Ministerio de Salud como el INSS financian servicios para los asegurados, y ambas instituciones regulan el funcionamiento de establecimientos de salud.

En la actualidad los hospitales se ven afectados principalmente por dos tipos de problemas: las deficiencias en el abastecimiento de productos básicos (medicamentos, material de reposición periódica y ropa) asociadas al deterioro de la infraestructura física, y la falta de motivación de los médicos generada por un nivel salarial muy bajo.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Servicios de agua potable y alcantarillado. El agua disponible para consumo humano es suficiente para satisfacer la demanda de la población. En 1996 contaban con servicios de agua potable 82,4% de la población urbana y 30,1% de la población rural. En el sector rural, la cobertura no ha aumentado desde 1992 debido a que los servicios se expandieron prácticamente al mismo ritmo que el crecimiento de la población. Aunque la población urbana continuó siendo abastecida con agua a través de conexiones domiciliarias, 23,4% es servida por tomas públicas. El número de acueductos urbanos y municipales se ha mantenido en 148. En 1990, en 70% de los sistemas se aprovechaban las aguas subterráneas como fuentes de abastecimiento, y en el 30% restante, las aguas superficiales.

El Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (INAA) administra 19 sistemas de alcantarillado sanitario, de los cuales solamente siete poseen sus respectivas unidades de tratamiento (lagunas de estabilización). La falta de tratamiento y la inadecuada disposición final de las aguas residuales constituyen un grave riesgo para el ambiente y la salud humana. Se destaca el caso de la ciudad de Managua, donde las aguas servidas domésticas e industriales se descargan en las costas del lago Xolotlán sin tratamiento alguno.

En el período 1981–1992, el porcentaje de población con servicios de alcantarillado sanitario en las zonas urbanas disminuyó de 32% a 29,9%. Sin embargo, en 1996 contaba con estos servicios 32,6% de la población.

Se estima que en 1992 había en el país 621.926 viviendas, de las cuales 46,6% recibían agua potable de acueductos administrados por el INAA, 21,5% de pozos excavados, 12,7% de ríos y lagunas, 15,5% de tomas públicas y 3,9% por camiones cisterna. En cuanto a disposición de excretas y de aguas residuales, 21,9% de las viviendas tenían alcantarillados sanitarios, 8,1% sumideros o fosas sépticas, 55,7% letrinas y 14,2% no disponían de ningún sistema.

Servicios de manejo de residuos sólidos. El servicio de aseo urbano para la recolección y disposición final de residuos se brinda en 69 de las 143 cabeceras municipales, lo que en términos de población urbana cubierta representa aproximadamente 35%. Con una producción per cápita por día de residuos equivalente a 0,5 kg, se estima que la población urbana produce diariamente 1.272,5 toneladas métricas de residuos; si se recoge y elimina solamente 35%, unas 827 toneladas métricas no son evacuadas en las zonas urbanas. No hay una adecuada disposición final de los desechos recogidos, ya que no se aplican criterios ni técnicas de evaluación de impacto ambiental para la selección de los sitios que se utilizarán como vertederos municipales; por otra parte, no hay con-

trol sobre esta actividad y solo 13% de los vertederos cuentan con autorización sanitaria. La disposición final se realiza a cielo abierto, sin planificación ni control; no se aplican métodos de tratamiento, recuperación o reciclaje.

Calidad del ambiente. En el sector rural es notorio el progresivo deterioro de los recursos naturales, principalmente a causa del avance acelerado de la frontera agrícola, la adjudicación de tierras para uso agrícola en áreas boscosas, la tala de árboles para energía casera, la carencia de leyes que regulen el uso de los suelos y el aprovechamiento de los recursos naturales, y las técnicas inadecuadas de explotación agrícola. Se calcula que la deforestación afecta unas 100.000 hectáreas de bosque por año.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

A excepción de algunas áreas remotas, la cobertura de los servicios de salud es adecuada. El centro de salud es el lugar más utilizado para la atención curativa ambulatoria. Los puestos de salud, concebidos como el primer contacto para la atención en el nivel primario, se utilizan muy poco, probablemente por la falta de personal y de medicamentos.

Para la operación de los SILAIS el país cuenta, en el primer nivel de atención, con 873 unidades productoras de servicios distribuidas en 708 puestos de salud, 165 centros de salud y 589 camas. En el segundo nivel de atención cuenta con 24 hospitales con 3.930 camas para casos agudos y 4 hospitales con 407 camas para casos crónicos, totalizando 4.337 camas hospitalarias (1 cama por cada 968 habitantes).

En el quinquenio 1991–1995 las consultas médicas atendidas en el primero y segundo nivel presentaron un aumento sostenido de 4,9 millones de consultas en 1991 a 6,5 millones en 1995, un incremento de 30% y de 1,2 consultas por habitante en 1991 a 1,5 en 1995. El primer nivel prestó durante los tres primeros años del quinquenio 70% del total de la atención, y llegó a 75% en 1995 lo que sugiere una mayor utilización en este nivel; el 25% restante corresponde al segundo nivel e incluye atención de emergencia.

La atención dirigida a la madre y al niño muestra un incremento en cifras absolutas, acorde con el crecimiento de la población destinataria. Si bien los primeros controles prenatales disminuyeron 4%, los primeros controles en el primer trimestre del embarazo aumentaron 3%, y el total de controles prenatales muestra una tendencia al incremento con un crecimiento relativo de 29%.

El porcentaje de cobertura del parto institucional fue de 45% en 1995, inferior al de 46% alcanzado en 1991; el porcentaje más alto de cobertura se alcanzó en 1993, con 49%.

En relación con 1991, en 1995 los controles de crecimiento y desarrollo aumentaron 20% para los niños menores de 1 año y 48% para los de 1 a 5 años.

Los servicios de internación (egresos hospitalarios) aumentaron de 228.000 en 1991 a cerca de 278.000 en 1995. En 1995 los hospitales para casos agudos produjeron 87% de los egresos totales. Es notorio el mejor uso del recurso cama en estos hospitales, ya que el índice de ocupación pasó de 63,7% en 1991 a 74,2% en 1995, sin que haya aumentado el número de camas en estos centros desde 1992. Los egresos hospitalarios por 100 habitantes aumentaron de 5,6 en 1991 a 6,2 en 1995; aproximadamente 30% de los egresos se debieron a partos.

Se produjo un incremento de las cirugías mayores debido a la mejora de los quirófanos en 16 hospitales del país. Es importante resaltar el surgimiento de un nuevo servicio hospitalario: la cirugía ambulatoria. Anteriormente, la gran mayoría de las cirugías se realizaba en los quirófanos, pero a partir de 1991–1992, empezaron a realizarse en las salas de parto o de emergencia. En la mayoría de los casos se trata de laparoscopias para esterilización y cirugías oftalmológicas, pero también se practican cesáreas, apendicectomías y herniorrafias.

El volumen de exámenes de laboratorio aumentó de 3,4 millones en 1991 a 5,0 millones en 1995, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención, aunque se realiza un mayor número de exámenes en el segundo (59% del total).

La accesibilidad geográfica a los servicios de salud es aceptable en las áreas urbanas: la población que se encuentra a más de 30 minutos de camino a pie de una unidad de salud es de solo 13% en Managua y 8% en otras zonas urbanas del país. En el área rural la situación cambia radicalmente, ya que el porcentaje de población que se encuentra a más de dos horas de camino a pie de una unidad de salud es de 33% para hospital, 22% para centro de salud, 10% para puesto de salud y 26% para médico privado.

Existe un creciente mercado de servicios privados, pero el Ministerio de Salud sigue siendo el principal proveedor de servicios para toda la población nicaragüense. Un estudio de opciones de financiamiento de servicios identificó un sector importante de carácter privado que proporciona atención de alto costo y mejor calidad. Si bien la seguridad social ofrece entre sus prestaciones servicios médicos a aproximadamente 5% de la población, sus recursos son insuficientes y la canasta básica de servicios que ofrece es limitada, por lo que los problemas de salud de mayor complejidad que afectan a sus afiliados se tratan en las unidades del Ministerio de Salud, sin que existan convenios para la transferencia de fondos dando lugar, de hecho, a un subsidio para la seguridad social.

Un estudio demostró que muchos usuarios pagan una parte significativa del total del costo de los servicios de salud, aun en el sector público. El amplio pago por los servicios pri-

vados, el pago directo a proveedores públicos, y la frecuente compra de medicamentos y suministros por parte de los usuarios de los servicios públicos, indica que los desembolsos para la atención de salud son una fuente importante de recursos, sin la cual el sector público encargaría una gran presión fiscal y los usuarios recibirían aún menos servicios. El peso de estas contribuciones económicas, sin embargo, no está distribuido ni uniforme ni equitativamente. En las áreas rurales pobres de Nicaragua, las familias manifiestan mayor enfermedad pero menor búsqueda de atención, en comparación con las de las áreas urbanas de Nicaragua que tienen mayores ingresos. En la población rural, el aumento de los pagos por servicios en las instalaciones públicas condujo a una gran reducción en el uso de los servicios y a una pequeña sustitución por otras fuentes de atención. Sin embargo, en la población urbana, particularmente la de Managua, aumentos relativos similares condujeron a cambios en la mezcla de los servicios públicos utilizados, a una gran sustitución por otras fuentes de atención y a una pequeña reducción en el conjunto de la utilización.

Insumos para la salud

La política relacionada con los productos farmacéuticos destaca el uso racional de medicamentos genéricos y de bajo costo. La lista de medicamentos esenciales contiene 234 productos, y se especifican 137 fármacos para los centros de salud y 19 para los puestos de salud. A menudo los medicamentos esenciales no están disponibles en los centros de salud, lo que ocasiona ineficiencia y descrédito de los servicios de atención. En las directrices se establece la necesidad de la receta médica.

En principio, los medicamentos para la salud de la madre y del niño, así como para las enfermedades objeto de programas de salud pública tales como la tuberculosis, la malaria, el dengue y las enfermedades de transmisión sexual, se pueden obtener sin costo alguno en los centros de salud. Estos medicamentos, sin embargo, no siempre están disponibles.

Estudios recientes indican que la disponibilidad de fármacos oscila entre 60% y 70%. El gasto en medicamentos por episodio de enfermedad, es de SC 30,00 para los niños de 0 a 5 años de edad y de SC 65,00 para las personas mayores de 6 años. La automedicación y el uso irracional de los productos farmacéuticos es común. El Gobierno gastó en

medicamentos US\$ 32,2 millones en 1989 y \$14,2 millones en 1993.

Recursos humanos

El sector cuenta con 16.642 profesionales y técnicos de salud: 4.551 médicos, 4.817 auxiliares de enfermería (con un año de capacitación), 2.577 enfermeros, 2.499 técnicos, 1.099 odontólogos y 1.099 farmacéuticos. En 1990 había un profesional de enfermería por médico y 2,57 auxiliares de enfermería por médico; en 1995 la relación era de 0,38 y 1,66 por médico, respectivamente. La relación de otros técnicos de la salud por médico se redujo de 4,08 en 1990 a 0,69 en 1995. Mientras que el número de médicos ha ido aumentando de manera progresiva, el número de enfermeros, auxiliares de enfermería y técnicos está disminuyendo. El Ministerio de Salud ya no se encarga de la formación de este personal y las universidades y escuelas técnicas enfrentan severas limitaciones presupuestarias para hacerlo.

Aunque en general el personal médico y paramédico está bien capacitado, 32% de todo el personal del Ministerio de Salud, solo sabe leer y escribir o solo terminó la escuela primaria. Salarios bajos, políticas inadecuadas de promoción y retención, junto con limitaciones físicas y financieras, resultan en una alta rotación del personal.

Gasto y financiamiento sectorial

Los recursos para la salud provienen de seis fuentes principales de financiamiento: donaciones al Gobierno (30,1% del gasto total en salud), gasto de las empresas (21,2%), impuestos (16,1%), créditos al Gobierno (15,8%), gasto de los hogares (11,9%) y donaciones a organizaciones no gubernamentales (4,9%). El 66,1% del gasto total corresponde a la población no asegurada, 27% a la población asegurada y 6,9% a la población con poder de compra en el sector privado. Las instituciones del Ministerio de Salud da cuenta de 61,3% del gasto total, las Empresas Médicas Previsionales de 27%, los hospitales privados de 6,9% y las organizaciones no gubernamentales productoras de servicios médicos de 4,8% del gasto total en salud. En 1995 el gasto en salud representó 6,6% del PIB y 16,2% del gasto público. Los gastos corrientes consumen 97% de los recursos y los de inversión, solo 3%.

PANAMÁ

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Panamá tiene una superficie de 75.517 km² y está dividido en 9 provincias, 67 distritos o municipios, 3 comarcas indígenas y 512 corregimientos. El Canal de Panamá, vía interoceánica de 80 km de longitud, comunica el Atlántico con el Pacífico a través de uno de los lugares más estrechos del istmo continental.

En el último Censo Nacional de Población y Vivienda, en 1990, se determinó una población de algo más de 2,3 millones y se estimó una tasa de crecimiento anual de 2,6% durante los años ochenta. La densidad de población es de 34,9 habitantes/km². Se estima que en 1995 la población llegó a 2,63 millones, de los que 49,5% eran mujeres y 50,5% hombres. Un tercio de la población tiene menos de 15 años, 2,3% son menores de 1 año y 9,3% tienen de 1 a 4 años. Se proyecta para el año 2000 una población de 2,8 a 2,9 millones de habitantes, lo que supondría una tasa de crecimiento demográfico de 2,1% anual durante los años noventa. Algo más de la mitad de la población (53%) reside en áreas urbanas.

La tasa de natalidad estimada para 1995 fue de 23,1 nacimientos por 1.000 habitantes (29,1 en el área rural y 20 en el área urbana). La tasa global de fecundidad es de 2,76 hijos por mujer.

La población está constituida fundamentalmente (91%) por grupos no indígenas, que incluyen el hispano (mayoritario), el afrocolonial y el afroantillano. El resto es población indígena (9%), integrada por cinco grupos: kuna, emberá y wounaan, ngobe-buglé —antes denominados guaymíes—, bokotas y teribes.

En 1995 la población económicamente activa de Panamá era de alrededor de un millón de personas, de las que 61% se concentraban en la ciudad de Panamá. Las mujeres representan 37% de la población económicamente activa. La tasa de empleo de las mujeres se incrementó de 37,7% a finales de los

años ochenta a 41,3% en 1994. En el área metropolitana se concentran 75% del total de empleadas. El salario promedio de las mujeres es 87% del percibido por los varones.

La tasa de desempleo abierto disminuyó de 14,7% en 1992 a 13,7% en 1995, año en el que 10,5% de los varones y 20,1% de las mujeres se hallaban desempleados. El desempleo es mayor en el área urbana (15,8%) que en la rural (10,6%).

En 1995 el producto interno bruto (PIB) se estimó en US\$ 7.144 millones o US\$ 2.746 per cápita. El PIB ha crecido a un ritmo de 7% anual en el período 1990–1994. Sin embargo, la tasa anual de aumento de la ocupación fue de 4,5% y por lo tanto el desempleo se redujo tan solo 2,4% cada año.

A finales de 1995 la deuda pública ascendía a unos US\$ 5.708 millones —equivalentes a 81% del PIB— distribuidos de la siguiente manera: 63% a la banca privada, 13% deuda multilateral, 10% bilateral y 14% bonos externos y deudores diversos.

De los US\$ 3.789 millones de gasto público en 1995, casi la mitad (US\$ 1.566 millones) se asignaron a servicios sociales. El gasto en salud y educación fue equivalente a 12,8% del PIB o 24,4% del gasto público en 1995, aproximadamente US\$ 317 per cápita.

La distribución del ingreso es muy desigual. El decil (10%) más pobre de la población recibe solamente 0,5% del ingreso total del país, mientras que el decil más rico recibe 42,2%. En las áreas urbanas, 40% de los hogares de menor ingreso reciben 6% del total de ingresos. En el área rural la situación se ve acentuada por la mala distribución de la tierra y la falta de acceso a servicios básicos.

En 1995 se estimó que 40% de la población vive en la pobreza, lo que representa una mejora con respecto a 1991, cuando se estimó 49% de pobreza. Se estima que en 1995 se hallaba en extrema pobreza 18,1% de la población general y 15,9% en la región metropolitana. En distritos como La Mesa, Sambú, Las Palmas, Las Minas, Santa Fe y Tolé, se estimó en condiciones de pobreza más de 90% de la población. De las familias con una mujer como jefe del hogar, viven en

condiciones de pobreza 71% en el área rural y 48% en la urbana.

La proporción de analfabetismo en la población general fue de 10,7% en 1990. La proporción correspondiente fue de 15,0% en el área rural, 3,3% en la urbana y 44,3% en la población indígena. La matrícula para 1995 fue de 362.877 estudiantes, lo cual representa una cobertura neta de 91% de la población en edad escolar.

La esperanza de vida al nacer pasó de 70,1 años en 1980 a 72,7 en 1990 y a 73,4 en 1995. A nivel urbano es de 75,1 años y a nivel rural de 71,5; para las mujeres es de 75,4 años y para los varones, de 71,0.

La mortalidad general registrada en 1995 fue de 4,2 defunciones cada 1.000 habitantes, con una tasa estimada de 5,2 una vez ajustada para el subregistro. De las 11.168 defunciones registradas en 1995, 89,4% tuvieron certificación médica. Las principales causas de muerte son las lesiones no intencionales y la violencia (15%), los tumores malignos (14%), las enfermedades cerebrovasculares (11%), el infarto del miocardio (7%) y otras enfermedades isquémicas del corazón (5%). Estas cinco causas representan 52% de todas las defunciones.

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares ha aumentado 2% anualmente en el período 1990–1994 y es ahora uno de los tres componentes principales de la mortalidad general. La diabetes mellitus ha registrado un aumento anual de 8% en el mismo período y de seguir esa tendencia se convertirá en una de las principales causas de muerte en la población adulta.

Entre las principales causas de morbilidad en 1995 la influenza y las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar con cerca de la mitad del total, seguidos a mucha distancia por la diarrea y las parasitosis intestinales.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

Según datos de la Contraloría General de la República, la tasa de mortalidad infantil registrada por 1.000 nacidos vivos fue de 17,2 en 1992 y 18,0 en 1994. La mortalidad infantil en 1994, ajustada según el subregistro, se estima en 18,9 por 1.000. Las tasas regionales de mortalidad infantil son muy desiguales, desde 9,9 por 1.000 en la provincia de Herrera hasta 34,6 por 1.000 en la de Colón. En un estudio del Ministerio de Planificación y Política Económica, de 1994, la tasa de mortalidad infantil en la población indígena fue de 84,1 por 1.000.

En 1993, entre las 1.134 muertes registradas con certificación médica en menores de 1 año, la primera causa de de-

función fueron las afecciones originadas en el período perinatal (9,1 por 1.000), seguidas por las anomalías congénitas (4,1), las neumonías (1,3), las infecciones intestinales (0,8) y la desnutrición proteínocalórica (0,6).

La mortalidad neonatal descendió de 12,0 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 11,2 por 1.000 en 1994. En la diferencia de tasas entre el área urbana (12,8 por 1.000) y el área rural (9,6) indudablemente repercute el subregistro. La tasa de mortalidad posneonatal se mantuvo estable entre 1990 y 1994, año en que se registró una tasa de 6,8 por 1.000 nacidos vivos (8,4 por 1.000 en el área rural y 5,2 en la urbana).

En 1992 en el grupo de menores de 5 años la mortalidad fue de 4,9 por 1.000, siendo las principales causas las lesiones no intencionales, otras formas de violencia, las afecciones intestinales y la neumonía. La Encuesta de Prevalencia de Desnutrición, realizada en 1994 por las instituciones de salud, muestra que 5,2% de la población menor de 5 años padece desnutrición crónica (talla baja para la edad) de grado moderado y 3,4% desnutrición crónica grave.

La cobertura de control de crecimiento y desarrollo para los menores de 1 año fue de 94%, con un promedio de 2,8 consultas. Para los niños de 1 a 4 años la cobertura fue de 40,6%, con un promedio de 2 consultas.

El grupo de edad de 5 a 9 años constituyó 11,3% de la población estimada para 1995. El cuarto censo de talla efectuado en 1994 mostró que 17,7% de esta población padece retardo de crecimiento moderado y 6,2% retardo grave. La tasa de mortalidad en este grupo de 5 a 9 años fue en 1994 de 0,4 por 1.000, sin diferencias importantes entre niños y niñas.

La salud del adolescente

La población adolescente de 10 a 19 años representó 20,3% de la población del país en 1995. En 1994 la tasa de fecundidad específica en el grupo de mujeres adolescentes de 10 a 14 años fue de 3,6 por 100.000 y, en el de 15 a 19 años, de 87,0 por 100.000. Del total de nacimientos, 0,7% correspondió a madres de 10 a 14 años y 18,3% a las de 15 a 19.

Se estima que, en 1994, 0,8% del total de abortos se produjeron en el grupo de 10 a 14 años y 17,1% en el de 15 a 19. Estos porcentajes disminuyeron en 1995 a 0,6% y 15,9%, respectivamente.

En el grupo de 10 a 14 años la mortalidad en 1994 fue de 37,6 por 100.000, sin diferencias significativas por sexo. En cambio, en el grupo de 15 a 19 años fue de 88,1 por 100.000, con una enorme diferencia: 108 en varones y 53 en mujeres.

Un estudio realizado en la provincia de Colón en 1996, en estudiantes de la escuela secundaria de 12 a 18 años de edad, mostró que 48% consumían alcohol. En la provincia de Panamá el porcentaje de consumidores de alcohol fue de 45%.

La salud del adulto y del adulto mayor

El grupo de 15 a 60 años representa 59,1% de la población del país. En este grupo la tasa de mortalidad en 1995 fue de 2,3 por 1.000. En el subgrupo de 20 a 44 años las primeras causas de muerte en 1993-1995 fueron las lesiones no intencionales, los suicidios, los homicidios y otras formas de violencia (15%), los tumores malignos (14%), las enfermedades cerebrovasculares (11%), el infarto agudo del miocardio (8%) y otras enfermedades isquémicas del corazón (5%). En el grupo de 45 a 59 años la primera causa de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, seguidas por el cáncer, las lesiones no intencionales y otras formas de violencia, y la cardiopatía isquémica.

En 1995 la tasa de mortalidad materna a nivel nacional fue de 5 por 10.000 nacidos vivos. Fue máxima en la comarca de San Blas, donde llegó a 44 por 10.000.

En 1993, 41% de las mujeres en edad fértil utilizaban algún método anticonceptivo (49% anovulatorios orales y 37% dispositivos intrauterinos).

El grupo de 60 años y más forma 7,5% del total de la población estimada para 1995. En este grupo las principales causas de morbilidad en 1995 fueron la hipertensión arterial (33%), la influenza (12%), el resfriado común (7%), la gastritis (5%) y las infecciones de las vías urinarias (5%).

La salud de los trabajadores

El programa de salud ocupacional de la Caja del Seguro Social muestra una disminución de la tasa de accidentes de trabajo para cotizantes activos. En 1993 se registró una tasa de 3,4 accidentes por cada 100 trabajadores cotizantes activos; en 1996 la tasa se redujo a 2,8. La explotación de minas y canteras produjo durante los últimos años las tasas máximas de accidentes laborales, registrándose en 1996 una tasa de 15,4 accidentes de trabajo por cada 100 trabajadores cotizantes activos de este sector.

Entre 1993 y 1996 las tasas de enfermedad ocupacional se redujeron de 2,4 a 1,2 por 1.000 trabajadores cotizantes. La actividad que produjo mayor tasa de enfermedad ocupacional en 1996 fue la construcción, con una tasa de 5,0 por 1.000 cotizantes activos. Por cada 20 accidentes laborales masculinos ocurre uno femenino. En cuanto a enfermedades ocupacionales, ocurren seis casos en varones por cada caso en mujeres.

La salud de los discapacitados

Según el Censo de Población de 1990 unos 30.000 panameños son discapacitados. Para la atención de los problemas

de discapacidad, el país cuenta con el Centro de Rehabilitación de Impedidos y el Instituto Panameño de Habilitación Especial.

La salud de los indígenas

No existe información específica desagregada de indicadores de salud para la población indígena, pero las provincias de población predominantemente indígena muestran el mayor deterioro. Así, en la provincia de Bocas del Toro la mortalidad por diarrea en los últimos cuatro años fue de 34,4 por 100.000, unas cinco veces la tasa nacional de 6,4. En la comarca de San Blas se registró en 1993 la incidencia máxima de cólera, 14 por 10.000 habitantes, unas 80 veces la tasa nacional, y la incidencia de neumonía en 1994 llegó a 12 por 1.000, seis veces la tasa nacional.

Las enfermedades transmitidas por vectores también presentan las tasas máximas en las regiones de población mayoritariamente indígena. En 1996 la tasa nacional de leishmaniasis fue de 0,96 por 1.000 habitantes; en Bocas del Toro la tasa alcanzó 7,75 por 1.000.

En la Encuesta Nacional de Vitamina A realizada en 1992 se halló una prevalencia de 13% de niveles bajos de retinol (<20 µg/dl) en la población indígena de 12 a 59 meses de edad. La prevalencia correspondiente a la población no indígena fue de 5%.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. El problema de la malaria en Panamá está geográficamente focalizado, con predominio en el área rural y en las provincias ubicadas en los extremos este y oeste del país. En las regiones fronterizas con Costa Rica y Colombia se han producido en los últimos tres años más de 85% de los casos. En 1996 se detectaron 25 casos por *Plasmodium falciparum* y 451 por *Plasmodium vivax*. Esta incidencia de casos por *P. falciparum* representa una reducción de 78% respecto a los 111 casos notificados en 1992.

El 19 de noviembre de 1993 Panamá notificó el primer caso de dengue autóctono desde los años cuarenta. Los 14 casos notificados se localizaron en San Miguelito, un área densamente poblada de la región metropolitana. La encuesta seroepidemiológica realizada en el sector y sus alrededores, cinco meses después del primer caso, mostró una prevalencia de anticuerpos para dengue de 5,7%, principalmente en individuos mayores de 44 años de edad. Posteriormente se registraron 790 casos en 1994, 3.084 en 1995 y 812 en 1996. El

dengue persiste predominantemente en San Miguelito y en la región metropolitana. En 1995 circularon los serotipos 1 y 3 y, en 1996, el serotipo 1. En 1995 hubo tres casos y una defunción por dengue hemorrágico.

La leishmaniasis, estable entre 1993 y 1995, con una tasa de 0,6 por 1.000, se recrudeció en 1996, con 2.577 casos y una tasa de 0,96 por 1.000. No se registraron defunciones por esta enfermedad entre 1992 y 1996. Los más afectados fueron los lactantes y menores de 5 años.

La enfermedad de Chagas muestra un franco descenso a partir de 1993. En 1996 se registró un solo caso en la provincia de Herrera. Las últimas defunciones por esta enfermedad se registraron en 1993.

Enfermedades inmunoprevenibles. Los últimos casos de poliomielitis se registraron en 1972 y los de difteria, en 1981. La incidencia de tétanos neonatal presenta desde 1993 una marcada tendencia descendente. En 1993 hubo 4 casos; en 1994, 2; en 1995, 1 y en 1996, ninguno.

La tos ferina tiende a disminuir, pero aún se presentan brotes en áreas de difícil acceso. Se registraron 209 casos en 1993 y 44 casos en 1996, los 44 en un brote en Bocas del Toro.

En 1993 se registraron 191 casos de sarampión. En 1994 y 1995 hubo 19 casos por año y en 1996 no se presentó ningún caso. En 1993 se registraron 8.344 casos de rubéola y en 1996, 1.457. Se notificaron 14 casos de rubéola congénita en 1993 y 11 en 1996. La parotiditis produjo 1.204 casos en 1996. En 1995 se registraron 1.997 casos.

En los menores de 1 año la cobertura con DPT fue de 81,8% en 1993 y 91,6% en 1996. Para la vacuna antipoliomielítica la cobertura fue de 83,0% en 1993 y 92,3% en 1996; para la BCG, de 91,6% en 1993 y 100,0% en 1996, y para la antisarampión, 82,7% en 1993 y 90,2% en 1996. La cobertura con toxoide tetánico para mujeres en edad fértil se ha mantenido baja de 1992 a 1995, alrededor de 24%. Con la vacuna triple contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis se vacunaron en 1993 58.956 niños de 1 a 4 años, lo que representa una cobertura de 24,3%. En 1996 se incrementó este número a 100.474 con una cobertura de 41,2%. En ciertos grupos de riesgo se vacuna contra la hepatitis B y contra la fiebre amarilla.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. El cólera se presentó por última vez en el país en 1993, año en el que se registraron 42 casos, todos ellos fuera de la región metropolitana.

El sistema de vigilancia epidemiológica registró 87.396 casos de diarrea en 1993 y 107.661 casos en 1996. La mortalidad por diarrea se ha mantenido estable en 6 por 100.000. Las regiones más afectadas son Bocas del Toro y Veraguas, con tasas respectivas de 34 y 13 por 100.000. Los grupos de edad que presentan mayor mortalidad por diarrea son los mayores

de 75 años y los menores de 5, con tasas respectivas de 57 y 29 por 100.000. La amebiasis intestinal ocasionó 3.834 casos en 1995, con una tasa de 146 por 100.000, siendo el grupo de menores de 1 año el más afectado, con una tasa de 5,4 por 1.000.

Enfermedades crónicas transmisibles. La tuberculosis pulmonar muestra una tendencia clara al aumento. En 1990 se registró una tasa de incidencia de 33 casos por 100.000, que aumentó a 39 por 100.000 en 1994 y a 49,6 en 1996. El grupo más afectado fue el de 65 años y más, con una tasa de incidencia de 102 por 100.000. De los 1.017 casos de tuberculosis pulmonar que se registraron en 1995, 62,1% correspondieron a hombres y 37,9% a mujeres. La región más afectada fue Bocas del Toro, con una tasa de incidencia de 139,9 por 100.000 habitantes. La mortalidad por tuberculosis pulmonar se mantuvo relativamente estable entre 1992 y 1996, con 4,5 defunciones por 100.000 habitantes. Del total de 137 muertes registradas en 1996 por tuberculosis, 88% correspondieron a tuberculosis pulmonar, 4% a tuberculosis miliar e igual porcentaje a meningitis tuberculosa.

En 1992 hubo en Panamá un total de 133 casos de lepra registrados que equivalen a una prevalencia de 0,5 por 10.000. Las formas multibacilares representan 61% y las paucibacilares, 39%. En 1996 se detectaron 36 casos.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas son la causa más frecuente de morbilidad en los menores de 5 años, en los que en 1994 causaron 10% de las defunciones registradas. La neumonía fue la segunda causa de mortalidad entre las enfermedades transmisibles, con tasas de incidencia respectivas de 200 y 156 por 100.000 en 1994 y 1995 y una tasa de mortalidad de 9,8 por 100.000 en 1995. Los grupos más afectados son el de 65 a 74 años, con una incidencia de 27 por 100.000, y el de 75 y más, con una tasa de 235 por 100.000.

Rabia y otras zoonosis. Todavía se registran casos de rabia silvestre, transmitida principalmente por vampiros (en especial *Desmodus rotundus*). En 1995 se registraron en bovinos y equinos 71 casos, 19 confirmados por laboratorio. En 1996 se confirmaron por laboratorio 28 casos. En 1995 se presentaron dos casos de rabia humana transmitida por vampiros en la provincia de Darién, en buscadores de oro.

En 1995, después de ocho años, ha reaparecido la encefalitis equina, aparentemente del Este (diagnóstico serológico), de la que también se diagnosticaron clínicamente 12 casos en 1996.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. El primer caso de sida se diagnosticó en Panamá en 1984, y hasta 1995 se han registrado 1.044 casos, con una letalidad de 59,1%. En el período 1984–1994 la mayor proporción de

casos (74%) se dio en el grupo de 20 a 44 años, con una proporción también importante (4%) en los menores de 5. La vía de transmisión sexual continúa siendo la más frecuente (84%), con exposición heterosexual en 44% de los casos y homosexual/bisexual en 40%. La transmisión por transfusiones aporta 1% de los casos y la perinatal 5%. La provincia de Panamá es la más afectada, con 77% de los casos.

Los casos registrados de otras enfermedades de transmisión sexual han experimentado una disminución entre 1993 y 1996. El chancro blando pasó de 4,8 casos por 10.000 en 1993 a 2,9 en 1996. La sífilis precoz sintomática disminuyó de 5,8 a 2,0 por 10.000. La sífilis congénita presentó tasas de 0,5 y 0,2 por 1.000 nacidos vivos en 1992 y 1996, respectivamente. En 1996 la tasa de casos de gonorrea fue de 88 por 100.000.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. En 1994 se realizó una evaluación nutricional que incluyó una muestra aleatoria de 945 menores de 5 años que asistieron a centros de salud durante una semana determinada al azar. A fines de la evaluación se definieron como desnutridos los que presentaron una talla o un peso dos desviaciones estándar por debajo de la media. Se halló una prevalencia de desnutrición de 5,2% según el peso para la edad, de 3,4% según el peso para la talla y de 5,2% según la talla para la edad.

Estudios efectuados en la población indígena indican que aproximadamente una cuarta parte de los menores de 5 años están desnutridos.

La Encuesta Nacional de Indicadores Múltiples, realizada en 1996 con una muestra de 1.569 menores de 5 años, mostró que 91,5% de los encuestados habían sido amamantados alguna vez y 86% de los menores de 6 meses seguían siendo amamantados. La frecuencia de lactancia materna exclusiva en menores de 4 meses fue de 32% y en los menores de 6 meses, de 25%.

En 1991, en 1.603 escolares de la región de Azuero se halló una prevalencia de bocio de 23,2%. En el resto del país la prevalencia en una muestra de 1.459 escolares fue de 12,3%.

En la Encuesta Materno-Infantil de 1992 realizada en Bocas del Toro, Chiriquí, Veraguas, San Miguelito, Región Metropolitana, San Blas, Herrera y Los Santos, 43,4% de los menores de 1 año, 38,4% de los niños de 1 a 4 años, 20,2% de los escolares y 38,9% de las embarazadas presentaron anemia (hemoglobina < 11 g/dl). En otra encuesta realizada en 1992 con una muestra de 929 niños de 12 a 59 meses de edad 18% presentaron anemia (diagnosticada con igual criterio).

En la Encuesta Nacional de Vitamina A de 1992 no se hallaron en niños de 12 a 59 meses concentraciones de retinol

plasmático inferiores a 10 µg/dl, pero en 6% de este grupo se hallaron niveles bajos, de menos de 20 µg/dl. En los hospitales de Chiriquí y Changuinola, en Bocas del Toro, en 1992 se detectaron 24 niños con lesiones oculares por deficiencia de vitamina A.

En 1993 la diabetes mellitus ocupó el octavo lugar como causa de muerte, con una tasa de 13,8 por 100.000 habitantes.

Enfermedades cardiovasculares. La hipertensión arterial es la tercera causa de morbilidad en el grupo de 20 a 59 años y la primera en el grupo de 60 y más. En la morbilidad general ocupa el sexto lugar.

Tumores malignos. En 1993 se registraron 3.128 tumores malignos (42,9% en hombres y 57,1% en mujeres), con una tasa de 123 por 100.000 habitantes. El grupo más afectado fue el de mayores de 70 años, con 34,5% del total de casos. En las mujeres el cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar, con una tasa de 72 por 100.000 mujeres mayores de 15 años; sigue el cáncer de mama con una tasa de 27,2 por 100.000 mujeres mayores de 15 años. En los varones el tumor más común es el de próstata, con una tasa de 27,2 por 100.000 hombres mayores de 15 años; los mayores de 70 años dan cuenta de 67% del total de casos.

Causas externas. En conjunto, las lesiones no intencionales o accidentes, los suicidios, homicidios y otras formas de violencia ocuparon el segundo lugar como causa de muerte en 1993, con una tasa de 54,4 por 100.000 habitantes. En las provincias de Colón, Bocas del Toro, Darién y Veraguas estas causas externas ocuparon el primer lugar entre los motivos de defunción. Del total de muertes registradas en 1993 por causas externas, 81,9% ocurrieron en varones.

La tendencia de la mortalidad por causas externas es ascendente, con una tasa de 54,0 por 100.000 en 1992 y 58,3 por 100.000 en 1994. Las defunciones relacionadas con el tráfico ocuparon el primer lugar entre las muertes por causas externas en 1993, con una tasa de 16,3 por 100.000.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La salud ocupa un lugar central en las orientaciones políticas del Gobierno, plasmadas en el documento "Desarrollo Social con Eficiencia Económica". Las orientaciones políticas del Ministerio de Salud para el quinquenio 1994-1999 son las siguientes:

- Refuerzo del liderazgo del Ministerio.
- Fomento de la atención primaria, consolidando un sis-

tema de salud integrado y descentralizado, organizado por niveles de atención.

- Establecimiento de programas de salud ambiental tendientes al desarrollo sostenible.
- Promoción de programas de salud en grupos específicos de población.
- Desarrollo de la capacidad y la responsabilidad individual para una mejor calidad de vida.
- Fortalecimiento de la participación social en la promoción, prevención, atención y gestión de la salud.
- Mejoramiento del uso de fuentes presupuestarias ordinarias y extraordinarias, y búsqueda de otras fuentes de financiamiento para incrementar el presupuesto destinado al sector salud.
- Capacitación de los recursos humanos en las áreas requeridas para el fortalecimiento de los planes y programas nacionales y locales de salud.
- Impulso de las investigaciones en el campo de la salud y difusión de la información y conocimientos científico-técnicos para el desarrollo del sistema de salud.

El proceso de la descentralización con activa participación social es uno de los mecanismos para lograr la eficiencia de la gestión pública. Sin embargo, este proceso de ajuste debe permitir a nivel provincial, municipal y local que se asuma la responsabilidad de la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas y proyectos transferidos.

La Caja del Seguro Social tiene la misión de garantizar servicios de salud integral frente a los riesgos y daños biopsicosociales, ambientales y laborales de los asegurados, según los principios de universalidad, solidaridad, integridad y equidad, con calidad y de manera eficiente, en el marco de una filosofía de empresa social.

La reformulación de la estrategia de gestión pública, incluidas las políticas de salud, constituye parte integral del proceso de reforma y modernización del Estado en el que se procura mejorar la eficiencia y calidad de los servicios prestados por el sector público. En el sector salud es prioritaria la descentralización, orientada básicamente a la atención primaria, que implica dar prioridad a los grupos humanos postergados, desarrollar el primer nivel de atención y mejorar la capacidad operativa y gerencial de los servicios de salud. Entre otras estrategias, el proceso de reforma y modernización que impulsa el Ministerio de Salud incluye la ampliación de la cobertura de los servicios de salud integral a toda la población; la financiación de la atención de los grupos más vulnerables; el fortalecimiento de la red de servicios del Sistema Nacional de Salud; el desarrollo de mecanismos de financiación del sistema de salud, y el fortalecimiento del papel de la autoridad sanitaria nacional.

El nuevo modelo de financiamiento, gestión y provisión de servicios de salud se implantó en la región sanitaria de San Mi-

guelito en 1997. Este nuevo modelo busca dar cobertura universal a las necesidades y problemas de salud de la población y del ambiente, de manera eficiente, con calidad y equidad, integrando todos los recursos y potencialidades de los sectores público y privado y de la comunidad. El objetivo es que la financiación de los servicios se separe de la Caja del Seguro Social y que la provisión de servicios se separe del Ministerio de Salud. Para ello se establecerá un organismo encargado de la gestión de los servicios hospitalarios y ambulatorios.

La Caja del Seguro Social se ha propuesto un nuevo modelo de atención que garantice el cumplimiento de los principios de equidad, eficiencia, eficacia, efectividad, solidaridad y universalidad. Las acciones de seguimiento de esta propuesta están definidas según niveles de atención. En el primer nivel se propone la descentralización y desconcentración de los servicios, la operación del sistema de envío, el fortalecimiento de la capacidad resolutive de las unidades locales de atención primaria, la prevención de la violencia familiar y la dependencia de sustancias, y la atención domiciliaria. En el segundo nivel de atención se busca fortalecer la capacidad resolutive de las policlínicas, y establecer cirugía ambulatoria, unidades de rehabilitación simple, unidades de corta estancia, hospitales de día, intermedios y para casos crónicos, y un hospital general de segundo nivel en el área metropolitana. En el tercer nivel se busca dividir la gestión del Complejo Médico Hospitalario en dos unidades de diferente complejidad, así como crear una unidad de trasplantes y otra de quemados, y establecer la extensión hospitalaria domiciliaria.

En 1997 se formó la Red Panameña de Municipios Siglo XXI, con el propósito de promover el apoyo mutuo y el intercambio de experiencias y fomentar la solidaridad, cooperación y comunicación entre los municipios participantes en un programa de municipios saludables.

En el marco de la Iniciativa de Salud de Centroamérica y del Programa "Fronteras Solidarias" se realizan actividades en Changuinola, Barú y Renacimiento, municipios de la zona fronteriza con Costa Rica, en los que se llevan a cabo intervenciones de promoción de la salud y acciones de prevención de enfermedades diarreicas, cólera, malaria, dengue y sida.

Las autoridades de salud han categorizado la violencia como un problema de salud pública y se ha estructurado un plan institucional para su prevención y control. Una comisión nacional multisectorial se encarga de la coordinación de las acciones y el Ministerio de Salud ha puesto en práctica el registro de sospecha de violencia familiar, con carácter obligatorio en las unidades de salud.

Organización del sector salud

La Constitución de la República de Panamá establece como "función esencial del Estado velar por la salud de la población

de la República” e indica que el individuo “como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud”, así como “obligación de conservarla”. Para cumplir estas responsabilidades, el Estado ha creado una serie de instituciones que proveen servicios de salud, de las que las principales son el Ministerio de Salud, la Caja del Seguro Social, el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales y la Dirección Metropolitana de Aseo.

Los servicios de salud de la Caja del Seguro Social se encuentran bajo la responsabilidad de la Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas. Los asegurados de la Caja tienen dos clases de beneficios: prestaciones médicas, dirigidas a la protección integral de la fuerza de trabajo y ejecutadas por la red nacional de servicios de salud de la institución, y prestaciones económicas para los trabajadores en situación de retiro definitivo o temporal por cualquier causa (vejez, invalidez, maternidad, enfermedad, etc.). Las instituciones privadas participan en la Caja del Seguro Social como prestadoras de servicios de salud.

Legislación sanitaria

El anteproyecto de Ley General de Salud se encuentra en la fase de análisis y consulta a nivel interno e institucional. Con respecto al Código de Salud actualmente vigente, la Ley General de Salud esboza la organización del sistema nacional de salud, establece normas relacionadas con la salud y no solo con la enfermedad, incluye elementos referentes a los deberes y derechos de la población en materia de salud y fija un marco de referencia de las responsabilidades del Gobierno, la sociedad civil y los individuos.

En la legislación reciente se han tipificado los delitos de violencia familiar y maltrato de menores y se ha ordenado el establecimiento de dependencias especializadas para la atención de las víctimas de estos delitos.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Vigilancia epidemiológica. El sistema de vigilancia epidemiológica está organizado por niveles —local, regional y central— y según la prioridad hay enfermedades de notificación inmediata, de notificación semanal telefónica y de notificación semanal rutinaria. Las enfermedades objeto de vigilancia son las incluidas en el Reglamento Sanitario Internacional, los brotes y epidemias, en especial las de sarampión, rubéola, botulismo, encefalitis, meningitis vírica, intoxicación alimentaria y envenenamientos. Las enfermeda-

des transmitidas por vectores están a cargo de un subsistema específico de vigilancia. Para la vigilancia en las zonas fronterizas existe un comité binacional que se reúne periódicamente y controla las actividades de saneamiento básico, control de vectores, inmunización, y enfermedades emergentes y reemergentes.

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades nosocomiales se lleva a cabo desde 1995. Su objetivo es formular estrategias adecuadas para el control de problemas hospitalarios específicos, propiciando el cambio de conductas perjudiciales del personal, la aplicación de prácticas preventivas en el cuidado de los pacientes y el desarrollo de programas de capacitación en servicio.

Agua potable, alcantarillado y residuos sólidos. El manejo de los recursos hídricos lo llevan a cabo el Instituto de Recursos Hidráulicos y Electrificación y el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales, que han iniciado la elaboración de planes integrales e integrados de vigilancia conjunta. En 1996 se elaboraron las normas de calidad del agua. Se ha iniciado la elaboración de normas de calidad del agua residual. El Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales y el Ministerio de Salud son los responsables de aplicar las normas para el control de calidad del agua potable.

A pesar de existir un plan de manejo, recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos, no se ha podido controlar su manejo sanitario. Este es responsabilidad de los municipios, a excepción de los distritos de Panamá, San Miguelito y Colón que cuentan con una institución autónoma, la Dirección Metropolitana de Aseo, responsable de la gestión de los residuos sólidos. En 1996 los municipios de Panamá y San Miguelito produjeron 845 toneladas diarias de basuras. Estas se transportan al relleno sanitario de Cerro Patacón, donde se les proporciona una disposición aceptable.

Los desechos hospitalarios se mezclan con los residuos comunes, lo que constituye un riesgo para la salud y la seguridad de la población general. Solo se separan los residuos punzocortantes, que se depositan en recipientes rígidos. En 1996 se emitió una norma legal que establece requisitos mínimos para el manejo de desechos peligrosos en hospitales.

Riesgos ambientales. Los riesgos generados por el uso de sustancias químicas en cantidades crecientes son cada vez mayores. Como respuesta institucional se crearon en 1995 la Unidad de Planificación Ambiental y la Subdirección de Salud Ambiental del Ministerio de Salud. La prioridad es la ejecución de proyectos de investigación y capacitación que permitan la reducción y eliminación de riesgos de salud ambiental. La alta mortalidad por tumores malignos y anomalías congénitas pueden tener relación con el carácter carcinógeno y teratogénico de las sustancias químicas utilizadas en las activi-

dades agroindustriales y domésticas. De momento, las medidas preventivas, correctivas, de control y de vigilancia de estos riesgos son muy limitadas. Está en marcha un proyecto para conformar una red nacional de vigilancia de productos químicos, que tendría a su cargo el control de la producción, transporte y eliminación de los mismos. También se está desarrollando un plan nacional de respuestas a emergencias por accidentes químicos.

Se ha aprobado una ley que establece límites máximos permisibles de emisión de gases para los automóviles y existen también normas para reducir la exposición al humo del tabaco en edificios públicos y hospitales y otras instituciones de salud.

En 1992 se estableció el Reglamento de Protección Radiológica, que regula el uso de dispositivos generadores de radiaciones ionizantes.

Regulación farmacéutica. El Ministerio de Salud elaboró el Formulario Nacional de Medicamentos Esenciales y trabaja actualmente en la propuesta para la producción del cuadro básico de medicamentos. La Caja del Seguro Social utiliza la Lista Oficial de Medicamentos, que se somete a revisión cada año con la participación representativa de todas las profesiones de salud y sus gremios correspondientes.

El Ministerio de Salud mantiene el registro de los medicamentos y productos biológicos que pueden comercializarse en el país. Como política específica se promueve el uso de medicamentos genéricos.

Solo se cuenta con un laboratorio especializado de análisis, que atiende los procesos de vigilancia permanente de la calidad física, química y biológica de los medicamentos.

Protección y control de los alimentos. En 1996 se han actualizado la ley y las normas y reglamentos relacionados con los productos cárnicos, lácteos, mariscos, harinas y registro de alimentos. El plan 1994–1999 del Ministerio de Salud incluye una política y un plan de acción sobre inocuidad de los alimentos. Para su vigilancia y control se creó la Comisión Nacional de Protección de Alimentos, integrada por representantes del Ministerio de Salud, otras instituciones públicas y privadas y consumidores.

Los manipuladores de alimentos reciben capacitación para que desarrollen sus actividades con el menor riesgo para la población. A partir de 1996 se inició el sistema de vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos, para el que se ha desarrollado una guía específica. Este sistema registró en 1995 10 brotes de enfermedades transmitidas por alimentos.

Para el análisis y control de alimentos se cuenta con cinco laboratorios regionales, el laboratorio central, laboratorios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, el Ministerio de Desarrollo Agropecuario y cuatro laboratorios privados.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

En el nivel de atención primaria, la República de Panamá cuenta con 155 centros de salud, 112 subcentros, 376 puestos de salud, 34 policlínicas y 6 dispensarios. En el segundo y tercer nivel existen 37 hospitales, de los que 5, situados en la ciudad de Panamá, ofrecen servicios de tercer nivel. En total prestan servicios de salud 720 establecimientos de diferentes grados de complejidad, 19,6% concentrados en la provincia de Panamá. La Caja del Seguro Social cuenta con 10 hospitales y 27 policlínicas.

En 1995 el Ministerio de Salud prestó 5,6 millones de servicios de salud, de los que 71,2% fueron servicios médicos, 14,8% servicios odontológicos, 10,2% servicios de enfermería y 3,8% servicios de personal técnico. De este total, 10,7% fueron servicios proporcionados en los cinco hospitales nacionales. De los 3,98 millones de consultas médicas de atención ambulatoria (38% más que en 1993), 15,7% se clasificaron como de urgencia y 5,9% fueron atendidas por médicos especialistas.

La Caja del Seguro Social atendió 4,65 millones de consultas médicas en 1996 (31% más que en 1992). Del total de consultas de 1996, 12,5% fueron para no asegurados. Se atendieron 15.946 partos, 18,7% de los mismos con cesárea.

Según los registros de la Caja del Seguro Social, en 1996 la población protegida por esta institución fue de algo más de 1,6 millones de personas, 61,4% de la población panameña. Del total de asegurados, 40,3% son cotizantes y 59,7% dependientes. Desde 1992 el total de asegurados se ha incrementado 19,9%, mientras que los asegurados cotizantes se han incrementado 12,5%. En 1996 había aproximadamente cinco cotizantes activos (545.500) por cada pensionado (116.000).

En 1995 el país contaba con un total de 7.138 camas hospitalarias, de las que 86,5% pertenecían al sector público y 13,5% al privado. La disponibilidad es de 2,7 camas por 1.000 habitantes, muy desigualmente repartidas, con 7,5 camas por 1.000 habitantes en la ciudad de Panamá y solo 1,7 en Veraguas y 1,4 en Coclé. El porcentaje de ocupación nacional es de 61,6%, siendo mayor en los centros públicos (66,3%) que en los privados (33,1%). El promedio nacional de días de estancia hospitalaria es de 5,5 (7,7 días en las instituciones públicas y 4,0 en las privadas). Las 2.090 camas de la Caja del Seguro Social produjeron 77.256 egresos en 1995.

En 1994, del total de consultas de control prenatal 1,6% correspondió a embarazadas de 10 a 14 años y 19,4% a embarazadas de 15 a 19 años. La cobertura de control prenatal en 1995 fue de 89,1% de las embarazadas, con un promedio de 3,1 consultas por embarazada. El 86,5% de los partos se atendieron a nivel institucional; de estos, 16,6% se llevaron a cabo con cesárea.

Una institución importante es el laboratorio del Centro Conmemorativo Gorgas, que realiza diagnósticos serológicos y víricos del dengue y funciona como laboratorio de referencia para los países centroamericanos en el diagnóstico del sarampión y la poliomielitis. Esta institución participa en proyectos de investigación relacionados con la reemergencia del dengue, leishmaniasis, retrovirus, drogas antimaláricas, vacunas ADN recombinantes y epilepsia.

Insumos para la salud

Existe un proceso de registro de medicamentos, previo a su comercialización, y a nivel institucional se han conformado comités de farmacovigilancia para velar por el empleo de medicamentos de calidad, efectivos e inocuos.

La mayoría de los medicamentos adquiridos institucionalmente son importados. Para su adquisición se cuenta con un formulario nacional de medicamentos esenciales y una lista oficial de medicamentos de la Caja del Seguro Social.

La Caja del Seguro Social gastó en 1993 y 1997 aproximadamente 11% de su presupuesto en productos farmacéuticos. En 1993 este porcentaje representó US\$ 22,5 millones y en 1997, US\$ 36,2 millones.

Las vacunas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) son suministradas al país por medio del Fondo Rotatorio del PAI.

Actualmente está en proceso de consolidación el departamento técnico de la Dirección General de Infraestructura y Mantenimiento, responsable del mantenimiento del equipo biomédico así como del control de la incorporación de tecnologías nuevas.

Del total del presupuesto asignado en 1995 para inversiones en el Ministerio de Salud, solo 7,1% se utilizó para equipamiento de instalaciones de salud. En comparación con 1994 esto representa una sensible reducción en cifras absolutas y relativas, ya que en 1994 se utilizó 49,6% del presupuesto de inversiones para el equipamiento de instalaciones de salud. En 1996 la Caja del Seguro Social invirtió en compra de equipo US\$ 38,2 millones, 12,2% de su presupuesto para salud, US\$ 5,9 millones, 1,9%, se dedicaron a mantenimiento.

Actividades de salud y acreditación profesional

El Consejo Técnico de Salud está integrado por representantes de las instituciones de salud y de los diferentes gremios sanitarios. Sus funciones son la acreditación de hospitales, clínicas y laboratorios y la autorización de uso de medicamentos restringidos. Actualmente está en proceso de análisis y consulta nacional un anteproyecto de ley para establecer los

requisitos de idoneidad y libre ejercicio para los profesionales y técnicos de salud y crear un Consejo Nacional de Acreditación de Recursos Humanos.

Como recomendación de la Comisión de Especialidades Médicas, se reconocieron oficialmente 95 especialidades médicas.

Recursos humanos

En 1995 el Ministerio de Salud contaba con una plantilla de 21.899 empleados y la Caja del Seguro Social con 12.344. El personal del Ministerio de Salud estaba integrado por 3.702 médicos y odontólogos, 2.566 enfermeros, 2.704 auxiliares de enfermería, 107 veterinarios y agrónomos, 944 funcionarios de laboratorio, 79 nutricionistas, 1.012 funcionarios de farmacia, 471 inspectores de salud ambiental, 541 asistentes y ayudantes de salud, 125 administradores y 39 asesores legales. Los demás funcionarios son otros profesionales y técnicos relacionados con la gestión de salud. Médicos, enfermeros y odontólogos constituyen 28,6% del total de funcionarios; el personal administrativo, 34,3%; el resto, 37,1%.

El personal de la Caja del Seguro Social en 1995 estaba formado por 1.936 médicos, 227 odontólogos, 1.410 enfermeros, 1.450 auxiliares de enfermería, 316 farmacéuticos, 202 técnicos de rayos X, 343 laboratoristas, 806 profesionales de la salud de otras categorías y 1.794 empleados de personal auxiliar.

En 1995 había en Panamá un médico por cada 841 habitantes, un odontólogo por cada 4.576 y un enfermero por cada 1.025. Las regiones de salud que tienen menos recursos humanos de salud por habitante son San Blas, San Miguelito y Darién.

En la Universidad Nacional de Panamá cada año ingresan algo más de 250 alumnos a los estudios de medicina, y anualmente egresan alrededor de 60 médicos. En 1994 se crearon dos escuelas privadas de medicina cuya matrícula ha aumentado rápidamente, hasta 138 estudiantes de primer curso en 1996.

En 1994 egresaron de la Universidad de Panamá un total de 85 enfermeros, 28 farmacéuticos y 28 odontólogos.

En 1997 el país disponía de 4.434 médicos, 1.397 odontólogos, 3.923 enfermeros profesionales, 756 farmacéuticos y 213 especialistas en salud pública.

Gasto y financiamiento sectorial

No es posible estimar el gasto total en salud, debido a que no se cuenta con información sobre el sector privado, ni el gasto directo que hacen las personas en la compra de medicamentos, insumos y exámenes complementarios.

En 1995 el gasto público en salud fue de US\$ 547 millones, cifra que representa 6,9% del producto nacional bruto y 14,5% del gasto público total. En la asignación del gasto público de 1995, la Caja del Seguro Social ocupó el primer lugar con 55%. Al Ministerio de Salud se le asignó 37% y otras instituciones del área social recibieron el 8% restante. El presupuesto total del Ministerio de Salud fue de US\$ 150,1 millones, de los que US\$ 132,6 millones se gastaron en funcionamiento y el resto en inversión. El gasto público total en salud se estimó en US\$ 210 por habitante.

El presupuesto global de funcionamiento del Ministerio de Salud en 1995 tuvo una disminución de casi medio millón de dólares con respecto a 1994.

La Caja del Seguro Social contó en 1996 con un presupuesto total de US\$ 868,6 millones, de los que asignó a salud US\$ 313,1 millones, 36,1% del presupuesto de la institución. Del total asignado a salud, 72,9% se utilizó en gastos de funcionamiento y 27,1% en inversiones.

Los servicios públicos de promoción, prevención, curación y rehabilitación están financiados básicamente por el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social. Las principales fuentes de financiamiento del sistema de salud estatal son los ingresos corrientes del Gobierno, los aportes obreros y patronales a la Caja del Seguro Social, los fondos extraordinarios captados a través de préstamos y las donaciones de organismos internacionales públicos y privados. También son fuentes de ingresos los pagos por servicios de salud prestados a la comunidad. Los servicios que brinda el Ministerio de Salud a los no asegurados en las instalaciones del primer nivel de

atención tienen un costo de US\$ 0,50 por consulta, el cual constituye una donación del usuario a la instalación y no una retribución basada en el costo de los recursos empleados para su producción. Para la recuperación de costos de los servicios de hospitalización, intervenciones quirúrgicas y servicios auxiliares o intermedios, el pago se establece mediante tablas y el cobro se hace según la capacidad de pago del usuario.

En 1995 el presupuesto del Ministerio de Salud tuvo las siguientes fuentes de financiamiento: 74,4% de fondos nacionales, 12,1% de préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, y 13,5% de fondos externos procedentes entre otros de la Unión Europea y el Japón.

Cooperación técnica y financiera externa

La cooperación financiera externa presenta un comportamiento irregular, debido generalmente a los indicadores positivos de salud. Entre los organismos de cooperación externa que proporcionan apoyo técnico a Panamá en los últimos años destacan la OPS/OMS, el UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Unión Europea, la Agencia de Cooperación Internacional del Japón y la Agencia Española de Cooperación Internacional. Todos estos organismos proporcionan cooperación técnica y cooperación financiera no reembolsable. El BID y el Banco Mundial otorgan préstamos "blandos" y a largo plazo. Ambos apoyan el desarrollo del nuevo modelo de atención y los procesos de reforma y modernización del sector salud.

PARAGUAY

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

El territorio de la República del Paraguay se encuentra ubicado en el centro de América del Sur, regado por dos grandes ríos: el Paraguay y el Paraná. El río Paraguay divide al país en dos regiones muy diferenciadas: la occidental, una llanura relativamente árida, y la oriental, mucho más poblada y rica.

Administrativamente, además de la capital, Asunción, el país cuenta con 17 departamentos, subdivididos a su vez en 264 distritos. El Poder Ejecutivo es de régimen presidencialista y el Poder Legislativo, bicameral.

La apertura democrática se inició en 1989 con la elección directa de los gobiernos municipales. La nueva Constitución Nacional, las elecciones presidenciales de 1993, las municipales de 1996 y las proyectadas elecciones presidenciales y departamentales de 1998 señalaron un proceso de madurez democrática que permitió superar una crisis militar en abril de 1996.

El país tiene una superficie de 406.752 km² y su población se estimó en 1997 en 5,1 millones de habitantes, de los que 40,3% tienen menos de 15 años de edad, 56,2% entre 15 y 65 y 3,5%, 65 años y más. La elevada tasa de crecimiento demográfico constituye uno de los rasgos condicionantes del desarrollo social del Paraguay. Entre 1950 y 1992 el país triplicó su población y entre 1982 y 1992 la tasa promedio de crecimiento anual fue de 3,2%.

Se ha observado una tendencia decreciente de la tasa de natalidad, que pasó de 37,7 por 1.000 en 1972 a 33,8 por 1.000 en 1992. Se está dando también una sostenida disminución en la mortalidad infantil estimada, que pasó de 53,1 por 1.000 en los años setenta a 43,3 por 1.000 en 1995.

La esperanza de vida al nacer que en los varones se estimó en los años cincuenta en 60,6 años, llegó a 68,1 años en 1996. En las mujeres pasó de 69,1 a 71,9 años.

La tasa global de fecundidad a nivel nacional en el período 1990–1995 fue 4,5 hijos por mujer. En la Encuesta de Salud Reproductiva de 1990 fue de 4,7 hijos por mujer.

La densidad de población es de 12,5 habitantes por km², con notables diferencias entre distintas áreas del país. A la región occidental o Chaco paraguayo corresponde casi 61% de la superficie del país y en ella reside solo 2,5% de la población. En la región oriental la distribución poblacional es bastante desigual, con unos 4.200 habitantes por km² en Asunción, 350 en el departamento Central y de 15 a 45 en los departamentos de Guairá, Cordillera, Caaguazú, Alto Paraná, Paraguari e Itapúa.

Según datos del censo de 1992, 50,3% de la población es urbana y 49,7% rural, aunque se estima que en 1995, 53% de la población ya vivía en áreas urbanas.

Un factor importante en la organización social del Paraguay es la lengua. El guaraní constituye un elemento clave de la identidad cultural del país, pero el español se utiliza en la educación formal y como lengua de uso oficial, aunque desde 1994 es obligatoria la enseñanza del guaraní en la educación primaria y secundaria. Los datos aportados por el Censo de Población y Vivienda de 1992 revelan que casi 40% de la población del país es monolingüe guaraní y casi 50% bilingüe de algún tipo.

La ausencia de una política agraria, los bajos salarios, el desempleo elevado, la escasez de vivienda, los altos niveles de deserción escolar, las necesidades de salud insatisfechas para los sectores sociales más desfavorecidos y la acentuación de las desigualdades son los desafíos que ha enfrentado la joven democracia. La riqueza sigue fuertemente ligada a la tenencia de la tierra. La ganadería y la agricultura son los principales sectores productivos, aunque en los últimos años se ha intensificado un proceso de diversificación que plantea nuevas modalidades de apertura a los mercados a los sectores tradicionales.

El Mercado Común del Sur (Mercosur), formado por Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, comenzó a funcionar en

enero de 1995 e integró al Paraguay en un proceso acorde con el nuevo orden mundial y regional. El Mercosur se ha establecido en una coyuntura difícil para el país y plantea tanto oportunidades como riesgos. El país debe enfrentar la inserción en un mercado altamente competitivo, con socios de mayor envergadura demográfica, social y económica.

La base económica del país es la agricultura, especialmente la producción de algodón y soja para el mercado externo. El sector agropecuario genera 26,7% del producto interno bruto (PIB), emplea 35,8% de la población activa y produce 90% de las exportaciones registradas. De estas, alrededor de la mitad son de tipo primario, sin procesamiento alguno. El dinamismo del sector agropecuario ha disminuido en los años noventa en comparación con otros sectores de la economía paraguaya. La industria y la construcción generan 21,6% del PIB y los servicios 51,7%. Las centrales hidroeléctricas binacionales de Itaipú y Yacyretá brindan al país una enorme disponibilidad de energía y recursos financieros.

En los primeros años de la presente década la tasa de crecimiento del PIB disminuyó hasta alcanzar su nivel más bajo en 1992 con una tasa de 1,8%. En los años 1993–1995 el crecimiento anual del PIB fue respectivamente de 4,1%, 3,1% y 4,7%, pero en 1996 volvió a disminuir hasta 1,3% según cifras provisionales. La inflación se halla en niveles que podrían ser considerados aceptables: 10,5% y 8,2% en 1995 y 1996, después de haber alcanzado un 44% anual en 1990. Dicha reducción no ha sido sin costos, ya que las políticas antiinflacionarias pueden haber sido uno de los factores que más contribuyeron al lento crecimiento del PIB durante los últimos años.

En el área externa se ha logrado revertir la tendencia de las reservas internacionales que a finales de la década pasada estaban en declive. Sin embargo, la balanza comercial sigue siendo deficitaria y el déficit ha aumentado en los últimos cinco años debido a la brecha entre las exportaciones (en 1996, US\$ 1.048 millones) y las importaciones (en 1996, US\$ 2.658 millones).

Con un ingreso promedio anual de US\$ 1.634 per cápita (cifras preliminares para 1996) e indicadores sociales que muestran deficiencias en salud, nutrición, educación, vivienda, etc., el Paraguay ha sido clasificado entre los países de desarrollo medio según la metodología utilizada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo para elaborar el índice de desarrollo humano.

El problema del empleo en el Paraguay no es la desocupación abierta sino la falta de trabajos capaces de proporcionar ingresos suficientes para alcanzar niveles mínimos de subsistencia. Se estima que tres cuartas partes de los trabajadores rurales desempeñan su actividad en explotaciones familiares.

Los datos sobre desempleo de distintas fuentes no son coincidentes. El Banco Central da un desempleo para el período 1992–1996 de alrededor de 9%, que llega en 1996 a 9,8%.

El Departamento de Política Industrial del Ministerio de Industria y Comercio da para 1995 una tasa de 13,7%, dato que se explica por la suma de las tasas de desempleo abierto y oculto. El desempleo abierto (personas que buscan trabajo sin poder hallarlo) fue ese año 5,3% en las áreas urbanas y 3,4% a nivel nacional. El desempleo oculto (personas que no buscaban trabajo porque a pesar de querer o necesitar trabajar consideran que no podrán hallar algo que satisfaga sus expectativas) alcanzó 10,3% en 1995 a nivel nacional.

La participación de las mujeres en el mercado de trabajo ha aumentado sin cesar y cada día son también más las mujeres que acceden a los diversos niveles de la educación formal.

Según estudios recientes, al menos 30% de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza básica. El método utilizado para esa estimación consiste en estimar el costo de satisfacción de las necesidades alimentarias de las personas, entre otras necesidades consideradas básicas, y compararlo con el ingreso personal o familiar. De este modo se diferencian la indigencia o extrema pobreza, que se refiere a las personas que no logran satisfacer sus necesidades de alimentación, y la “pobreza básica” que se refiere a la incapacidad de satisfacer todas las necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda, etc.). La proporción de pobreza básica alcanza alrededor de 55% en las áreas rurales, afectando sobre todo a mujeres y niños. Desde los años ochenta las áreas urbanas han mostrado cierta estabilidad en cuanto a porcentaje de pobreza básica, pero se ha registrado un aumento de la pobreza extrema, de 15% a 21%.

Hay un problema importante de vivienda. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1992, algo más de la mitad del total de las viviendas están ubicadas en el área urbana con un promedio de 4,6 habitantes por vivienda, razón que llega a los 5 habitantes por vivienda en la zona rural. Persiste un déficit acumulado de más de 350.000 viviendas y una demanda anual no satisfecha de unas 15.000 unidades. El hacinamiento, expresado en un promedio de tres o más personas por habitación, afecta a 30% de la población. En cuanto a la calidad de las viviendas, presentan deficiencias básicas algo más de un tercio del total, con diferencias marcadas entre el medio urbano (con una proporción de 23% de viviendas con deficiencias básicas) y el medio rural (49%).

Considerando analfabeta a la persona de 10 años y más que no ha aprobado el segundo grado, la proporción de analfabetismo llega a 9,4%. La tasa es mayor en mujeres, excepto en el grupo de 10 a 14 años donde la tasa masculina excede a la femenina. El analfabetismo ha mostrado una tendencia decreciente, de 21% a 9,4% entre 1982 y 1992, aunque la evolución muestra diferencias desfavorables importantes para las zonas rurales y para las mujeres. La matriculación en el nivel primario alcanza 95%, pero son muy altas las

tasas de repetición de curso (9% a nivel nacional y 10,4% en zonas rurales) y de deserción escolar. Solo 51% de los niños que iniciaron el primer grado en 1986 completaron el sexto grado.

Mortalidad

Según la mortalidad registrada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en 1995 y la tasa bruta de mortalidad (5,43 por 1.000) estimada por la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, el subregistro de la mortalidad sería de 38,7%. Este promedio nacional presenta notorias diferencias por región geográfica. En 1995, 37% de las defunciones registradas de menores de 1 año ocurrieron sin atención médica. Por otra parte, entre las defunciones con certificación médica, la proporción de defunciones atribuidas a signos y síntomas mal definidos alcanzó 10,3% en 1995.

Los datos sobre mortalidad que se presentan a continuación son los disponibles, que corresponden en su totalidad a las defunciones registradas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Así pues, al interpretarlos debe tenerse en cuenta el subregistro mencionado.

En 1995 el Ministerio de Salud Pública registró un total de 16.069 defunciones. Analizadas según los grupos de causas utilizados en las *Estadísticas de salud de las Américas* de la OPS, a las enfermedades del aparato circulatorio le corresponden 34,5% de las defunciones. Las neoplasias malignas y causas externas siguen a continuación, cada una con 12%. A las enfermedades transmisibles corresponde 11,4% de las defunciones registradas y a las afecciones originadas en el período perinatal, 3,9%. Analizadas por edades, 12,6% del total de las defunciones ocurren en menores de 5 años, 2,1% en niños de 5 a 14 años, 18,9% en población adulta de 15 a 49 años, 15,7% en personas de 50 a 64 años y 50% en población de 65 años y más. En 1991, 17,2% de las muertes ocurrieron en menores de 5 años y 46,6% en los de 65 años y más.

La estructura de la mortalidad en las 18 regiones sanitarias es bastante similar a la de la mortalidad nacional. Las enfermedades del aparato circulatorio aparecen como primera causa en 13 de las 18 regiones. Los tumores son la segunda o tercera causa en 16 de las 18 y las causas externas figuran como segunda o tercera causa en 12 regiones. No obstante, llama la atención que las causas externas constituyan la primera causa en cuatro regiones (Alto Paraná, Amambay, Cañendiyú y Boquerón).

Las muertes por accidente (códigos E800–E949 de la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades) ocupan un lugar preponderante en la mortalidad total del país, siendo la causa de 7 de cada 100 defunciones regis-

tradas y ocupando por tanto uno de los primeros lugares entre las causas de mortalidad.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

En 1995 se registraron 1.570 defunciones de menores de 1 año, de las cuales 43% se debieron a infecciones neonatales, neumonía, influenza, diarrea, meningitis o tétanos. La tasa de mortalidad infantil registrada en 1991 fue de 24 por 1.000 nacidos vivos y disminuyó en 1995 a 19,7 por 1.000, según datos de los certificados de defunción. A pesar del subregistro los datos de 1995 muestran variaciones desde 32,4 por 1.000 en Alto Paraná hasta 16,2 por 1.000 en Asunción.

En 1995 la mitad de las defunciones registradas de menores de 1 año ocurrieron durante los primeros 28 días de vida. La tasa de mortalidad neonatal fue de 9,8 por 1.000 nacidos vivos y las lesiones debidas al parto fueron responsables de 38% de estas defunciones, las infecciones del recién nacido de 18% y la prematuridad de 15%. La tasa de mortalidad posneonatal fue de 9,9 por 1.000 nacidos vivos y la neumonía, la influenza y las diarreas fueron las principales causas. La tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad en 1995 fue de 5,7 por 1.000 nacidos vivos registrados. Las principales causas de defunción fueron la neumonía, la diarrea y los accidentes.

Los únicos datos de morbilidad disponibles son los registrados por los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, datos que adolecen de deficiencias de cobertura y calidad. Para el grupo de menores de 5 años las primeras causas de consulta en 1995 fueron las infecciones respiratorias agudas, que generaron 146.971 consultas, mientras que las enfermedades diarreicas agudas generaron 30.729, las parasitosis 27.421 y las anemias 16.652.

En 1995 se registraron 147 defunciones en este grupo de edad, 55% de las cuales ocurrieron en varones. Las causas externas (CIE-9, E800–E999) constituyeron la primera causa de muerte con 30% de las defunciones en este grupo. Las enfermedades respiratorias (CIE-9, 460–519), segunda causa de defunción, fueron responsables de 13% de las muertes, y los tumores fueron la tercera con 10% de las muertes.

Entre las causas externas los accidentes de tránsito fueron responsables de una de cada tres defunciones y las armas de fuego, de 14%.

En cuanto a morbilidad, en 1995 el Ministerio de Salud Pública registró como motivos principales de consulta en sus establecimientos para el grupo de 5 a 9 años las infecciones respiratorias agudas, las parasitosis, la anemia, los accidentes y las diarreas.

La salud del adolescente

En 1995 se registraron 529 defunciones en el grupo de 10 a 19 años de edad, siendo las causas externas el principal motivo de defunción, responsable de 53% del total de muertes. Los tumores constituyeron la segunda causa de muerte con un peso relativo muy inferior, de 6%. Entre las causas externas las lesiones de tránsito produjeron 23% de las defunciones. Mientras en el grupo de 10 a 14 años no hay diferencias significativas por sexo, en el grupo de 15 a 19 años 79% de las defunciones ocurren en varones.

Las principales causas de consulta en establecimientos del Ministerio de Salud Pública para el grupo de 15 a 19 años fueron en 1995 las infecciones respiratorias agudas, las anemias, los accidentes y las parasitosis.

La drogadicción, el alcoholismo y la delincuencia juvenil constituyen problemas serios en los jóvenes y son la consecuencia de los fenómenos de urbanización y marginalidad en las zonas urbanas.

La salud de la población adulta

Algo más de la mitad (53%) de la población del país tiene entre 15 y 60 años de edad y 28% del total de las defunciones se producen en este grupo. Del total de defunciones en estas edades, 62% ocurren en varones y 38% en mujeres.

Los accidentes, los homicidios y algunas enfermedades infecciosas como la tuberculosis y la enfermedad de Chagas explican la mayor parte de las defunciones en la población adulta, particularmente en el grupo de 15 a 44 años. Entre las mujeres de 15 a 49 años de edad las principales causas de defunción son los tumores, los accidentes y las enfermedades del corazón.

En 1995 fueron registradas 104 muertes maternas de las que 29% correspondieron a abortos y 24% a sepsis. Las causas siguientes fueron "otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio", las toxemias y las hemorragias, en ese orden.

En el grupo de 45 a 64 años las principales causas de mortalidad en 1995 son las enfermedades cardiovasculares y los accidentes.

En 1995, en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública los principales motivos de consulta a estas edades fueron las infecciones respiratorias agudas, la anemia, los accidentes y la hipertensión.

La salud del adulto mayor

En el grupo de edad de 60 años y más se halla 5,2% de la población, que aporta 56% del total de defunciones. Las prin-

cipales causas de defunción para este grupo de edad fueron en 1995 las enfermedades cardiovasculares (CIE-9, 391–398; 410–429; 441–459), con 28% de las muertes; la enfermedad cerebrovascular (CIE-9, 430–438), con 18%; los tumores (CIE-9, 140–239), con 13%; la diabetes (CIE-9, 250), con 6%; la neumonía y la influenza (CIE-9, 480–487), con 4%; y la hipertensión (CIE-9, 401–405), con 3% del total de las defunciones.

En este grupo de edad los principales motivos de consulta en establecimientos del Ministerio de Salud Pública fueron la hipertensión, las infecciones respiratorias agudas, la anemia y los accidentes.

La salud de la mujer

En 1995 la tasa de mortalidad materna fue de 130,7 por 100.000 nacidos vivos. En el país persiste una discriminación contra la mujer que afecta a todas las mujeres y especialmente a las de los estratos más pobres. De cada 10 analfabetos, 6 son mujeres. En algo más de la quinta parte de los hogares el responsable familiar es una mujer. En el Congreso Nacional 94% de sus miembros son varones y en el Gobierno hay solo una ministra. Apenas 3,2% de los titulares de préstamos y donaciones para el desarrollo son mujeres.

La mayor parte de las mujeres trabajan en ocupaciones no remuneradas y no registradas (agricultura familiar, tareas del hogar, cuidado de niños, ancianos y discapacitados). Las que trabajan con remuneración suelen recibir sueldos de menor cuantía que los de los varones que realizan tareas similares. Casi en la totalidad de los casos de violencia doméstica las víctimas son mujeres y niños.

En 1994 se creó la Secretaría de la Mujer, con rango de Ministerio, por medio de la cual el Gobierno ejecuta programas enfocados a los problemas de género (violencia contra la mujer, salud reproductiva y planificación familiar, educación sexual, capacitación laboral, etc.).

La salud de los trabajadores

Los riesgos para la salud relacionados con el medio laboral no se investigan ni existe una institución responsable de estos aspectos laborales de la salud. No obstante, los Ministerios de Salud Pública y Bienestar Social y de Justicia y Trabajo y el Instituto de Previsión Social coordinan mediante el Consejo de Seguridad y Salud Ocupacional las acciones de higiene y seguridad en el medio laboral.

No existen datos fidedignos sobre enfermedades ocupacionales. Hacen falta profesionales especializados en el área laboral y reglamentación técnica y jurídica de los códigos del trabajo y sanitario, respectivamente, en los capítulos referentes a condiciones y ambiente de trabajo.

Según datos del Instituto de Previsión Social (IPS), referidos exclusivamente a sus beneficiarios, en 1989 hubo un total de 2.714 casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional, lo que resulta en una tasa de 22,1 casos por 1.000 cotizantes. En 1993 se registraron 4.097 casos, aumentando la tasa a 29,6 casos por 1.000.

La salud de los discapacitados

La falta de información y los problemas de cobertura y definiciones hacen difícil una estimación adecuada de la situación en esta área. Según datos del censo de 1992 en Asunción se registraron 5.335 personas con discapacidades de todo tipo, mientras que en el Departamento Central se registraron 7.786.

La Ley 780 del 30 de noviembre de 1979 creó el Instituto Nacional de Protección a Personas Excepcionales (INPRO). Desde 1985 dicho Instituto brinda en instalaciones propias servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de discapacidades. A partir de 1995, con objeto de lograr una extensión de cobertura de sus servicios, el INPRO integró a todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en el campo de la discapacidad, a las que brinda asistencia técnica y financiera. El mismo año comenzó la implementación de un programa de rehabilitación basada en la comunidad, que incluye la atención extramural de la discapacidad y se está extendiendo al interior del país. El INPRO tiene registradas en todo el territorio a 22.000 personas discapacitadas.

La salud de los indígenas

Durante el último cuarto de siglo, en la medida que fue avanzando la ocupación del territorio por la colonización y las migraciones, el hábitat tradicional indígena fue restringiéndose, experimentando a la vez un acelerado deterioro. A pesar del esfuerzo llevado a cabo por organizaciones privadas y por el Instituto Nacional del Indígena (INDI), las comunidades indígenas han sufrido procesos intensos de deterioro y desintegración comunitaria.

Según datos del censo nacional de 1992, la población indígena totalizaba unas 49.500 personas, 43,8% menores de 15 años y 2,7% de 65 años y más. Esta población se distribuye en cinco familias (tupí guaraní, matakó-mataguayo, guaicurú, lengua-maskoy y zemuco) y 17 etnias.

La tasa global de fecundidad de la población indígena es en promedio de 5,7, presentando variaciones entre etnias que van de 3,7 para la etnia lengua a 7,8 para la etnia aché.

La mortalidad infantil —estimada por el método de Brass variante Coale-Trussel, aplicado a los resultados del censo de 1992— fue para el conjunto de la población indígena de

106,7 por 1.000 nacidos vivos, con una variación interétnica de 64 por 1.000 en la etnia maká a 185 por 1.000 en la etnia chamacoco.

Además de la tasa de mortalidad infantil máxima en el país, en la población indígena la frecuencia de la tuberculosis es 10 veces la media nacional. Casi 80% de las viviendas indígenas se encuentran infestadas por *Triatoma infestans*.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. La malaria representa un problema residual, con un número estable de casos que en los últimos tres años nunca excedió de 1.000. Hasta 90% de los casos, todos debidos a *Plasmodium vivax*, se concentran en ocho distritos de los departamentos de Alto Paraná, Caaguazú y Canendiyú.

Desde la epidemia de dengue por serotipo 1 ocurrida en 1988–1989, en la que se registraron más de 40.000 casos, no se notificaron nuevos casos a pesar de que el vector, *Aedes aegypti*, mantiene infestadas casi todas las localidades del país.

La enfermedad de Chagas constituye actualmente la principal enfermedad transmitida por vectores y uno de los problemas relevantes de salud pública. La Comisión Intergubernamental para la Eliminación del *Triatoma infestans* y la Interrupción de la Tripanosomiasis Americana Transfusional ha estimado que en el Paraguay la prevalencia de infección por *Trypanosoma cruzi* es de 11,6%, proporción que está en disminución debido a las actividades de control. En 1986, 98% de la sangre para transfusión fue controlada serológicamente, y la prevalencia de anticuerpos antitripanosoma en donantes de sangre fue de 5,7% y 4,1%, respectivamente, en 1995 y 1996. En 5.042 embarazadas de los departamentos de Paraguari y Cordillera la prevalencia fue de 15% en 1995, y algunas encuestas en la población aborigen del Chaco dieron una prevalencia serológica de hasta 80%.

La leishmaniasis tegumentaria americana es también un problema de salud pública serio. Se producen alrededor de 1.000 casos anuales, aunque con un subregistro importante y una variabilidad anual que no se explica por hipótesis epidemiológicas sino por problemas de notificación. En los últimos años, 85% de los casos ocurrieron en tres departamentos: Canendiyú, Alto Paraná y San Pedro. La presencia de casos y su incremento se relaciona con la colonización de zonas de desarrollo agropecuario, por lo que la población más afectada es la masculina de mayores de 20 años.

Enfermedades inmunoprevenibles. El sarampión muestra una tendencia de franco descenso: hasta 1993 se produ-

cían epidemias cada tres años que superaban los 2.000 casos anuales; desde ese año hasta 1996 se registraron 2.066, 142, 69 y 13 casos, respectivamente. No obstante, a partir del mes de mayo de 1997 se produjo un brote que afectó principalmente al departamento del Alto Paraná, cuyas ciudades más pobladas —Ciudad del Este, Presidente Franco y Hernandarias— tienen límites con el Brasil. A finales de 1997 se habían notificado más de 300 casos, 180 de los cuales se confirmaron en el laboratorio o por nexo epidemiológico. El último caso de poliomielitis se produjo en 1985. En 1995 se investigaron 23 casos de parálisis flácida aguda y de enero a octubre de 1996, 19 casos, descartándose en todos ellos la participación de poliovirus salvaje. En los años 1992–1995 se registraron 18, 28, 18 y 16 casos de tétanos neonatal, con 8 casos registrados hasta octubre de 1996. De difteria se registró un caso en 1995 y no se produjo ninguno en 1996. En 1992 y 1993 se registraron 372 y 272 casos de tos ferina, respectivamente. En 1994 se registraron 49, 13 en 1995 y 16 en 1996.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. Desde que se inició la epidemia de cólera en las Américas, el Paraguay ha notificado 7 casos, 3 en 1993 y 4 en 1996, todos confirmados por laboratorio y causados por *Vibrio cholerae* O1, biotipo El Tor, serotipo Inaba.

Entre 1992 y 1996 los servicios públicos de salud notificaron alrededor de 40.000 casos anuales de diarrea. Tanto el número como la proporción relativa de casos en mayores y menores de 5 años se mantuvo estable en el período (80% de casos en menores de 5 años y 20% en el resto).

Enfermedades crónicas transmisibles. La tuberculosis sigue constituyendo un problema de salud pública debido a su alta incidencia, principalmente en la población indígena y rural. Afecta en especial a los adultos de 15 años y más. En 1992 y 1993, la tasa de incidencia anual fue de 43,3 por 100.000 habitantes, en 1994 de 38,4, en 1995 de 36,1 y en 1996 de 37,2. De estos casos 95% son formas pulmonares; 45% fueron confirmados por baciloscopia en 1995. La notificación, en especial la de los casos confirmados por bacteriología, sigue siendo parcial e irregular, y los casos notificados no reflejan la verdadera magnitud del problema. Los últimos estudios de cohortes muestran tasas de curación de alrededor de 70% y tasas de abandono de 17%.

Entre 1992 y 1996 el registro de casos nuevos de lepra se mantuvo relativamente estable; 365, 338, 376, 227 y 386 fueron los casos registrados cada año del período. La tasa de prevalencia nacional es de 2,5 por 10.000, aunque existen problemas de subregistro. En los departamentos de Alto Paraguay, Amambay y Canendiyú se alcanzan las prevalencias máximas.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas continúan siendo el principal motivo de

consulta. En 1995 fueron la primera causa de muerte en el grupo de 1 a 4 años. El mismo año fueron causa de 14,5% del total de defunciones registradas en menores de 5 años. Entre 1991 y 1996 se reportaron unos 200.000 casos anuales.

Rabia. La incidencia de rabia canina en el Paraguay pasó de 227 casos en 1994 a 572 casos en el período de enero a octubre de 1996. En 1992 se produjeron tres casos de rabia humana; en 1996 fueron 6. En 1995 más de 15.000 personas acudieron a servicios de salud para ser atendidas por riesgo de rabia. En el área central del país se da la mayor frecuencia de rabia canina; 90% del total de los casos registrados en el país ocurren en los departamentos Central, Paraguari y Caaguazú; 80% de los casos ocurrieron en el departamento Central.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Desde 1986 hasta diciembre de 1996 se han registrado en el Paraguay 253 casos de sida, con una letalidad de 57%. Durante el primer cuatrienio de la epidemia la media anual de casos no llegó a 10. Durante el quinquenio siguiente se registraron unos 20 casos anuales y durante los últimos cuatro años el promedio fue 35. La incidencia anual es de un caso por 100.000 habitantes.

El grupo de edad más afectado por el sida es el de 30 a 34 años y le sigue el de 35 a 39. La distribución de los casos por sexo muestra que la epidemia incide sobre todo en varones, aunque los casos en mujeres son cada vez más frecuentes. En 1990 se registró el primer caso de sida en una mujer, cinco años después del primer caso nacional. A partir de entonces se produjeron cada año unos 10 casos de sida en mujeres.

En 66% de los casos ha habido exposición por vía sexual y al inicio de la epidemia casi siempre de tipo homosexual, aunque en el curso de los años se ha observado una mayor importancia relativa de la exposición heterosexual. Casi en 12% de los casos hay exposición por uso de drogas endovenosas, en 3,8% por transfusión sanguínea y en 2,9% de los casos hay exposición perinatal.

La información disponible sobre infección por VIH muestra que el grupo de edad más afectado es el de 20 a 24 años. La prevalencia de infección por VIH en donantes de sangre es de 0,2%, según datos del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea.

El registro de casos de sífilis se mantuvo casi constante desde 1988, con 763 casos, hasta 1990 con 765. A partir de 1992 se produjo un incremento de los casos registrados que llegaron a 1.022. Las cifras se mantuvieron estables posteriormente y en 1995 el Ministerio de Salud Pública registró 1.016 casos, de los que 263 (26%) se diagnosticaron en embarazadas y 56 (5,6%) fueron casos de sífilis congénita. En 1996 —hasta octubre— se notificaron 683 casos de sífilis. En 1996, solamente 66% de la sangre para transfusión se sometió a control serológico con VDRL. La prevalencia luética entre donantes fue de 3,4%.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición. La desnutrición debida a ingesta inadecuada de proteínas y calorías no constituye un problema grave en el Paraguay. Sin embargo, las enfermedades carenciales como las anemias, el bocio endémico y algunas hipovitaminosis son muy frecuentes, principalmente en la población de menores recursos. Según el censo de 1993 de talla para la edad en escolares, la prevalencia nacional de desnutrición crónica fue de 10,3%. En áreas rurales esa tasa fue el doble y en alumnos de escuelas estatales casi triplicó la hallada en alumnos de escuelas privadas. El valor mínimo encontrado fue 3,7%, en Asunción; el máximo correspondió al departamento de Canendiyú, con 15,3%. En 1995 se registraron 88 defunciones, 33 de ellas en menores de 5 años, cuya causa básica fueron enfermedades nutricionales, avitaminosis y anemias (CIE-9, 260–269; 280–285).

Enfermedades cardiovasculares. El Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción realizó en 1991–1992 una encuesta en la que se estimó la prevalencia de algunos factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. La muestra estuvo formada por 1.606 personas de ambos sexos, de 20 a 70 años de edad, residentes en Asunción y algunas localidades del Gran Asunción. Se halló una prevalencia de diabetes de 6,1% y de 11,5% de intolerancia a la glucosa; hipertensión arterial en 11,5% (9,5% en varones y 12,4% en mujeres), y triglicéridos elevados en 17,2% de los varones y 10,4% de las mujeres. Se consideró obesa a 53,8% de la población encuestada —45,8% de los varones y 57,4% de las mujeres—; en 40% de la muestra se hallaron hábitos sedentarios, con mayor prevalencia en las mujeres de 30 a 49 años de edad.

En 1995 se registraron 5.537 defunciones por enfermedades del aparato circulatorio (CIE-9, 390–459). De ellas, 2.013 correspondieron a enfermedades cerebrovasculares (CIE-9, 430–438), 1.573 a infarto de miocardio y cardiopatía isquémica (CIE-9, 410–415) y 319 a hipertensión (CIE-9, 401–404). De las 5.537 defunciones de este grupo, 4.535 (82%) fueron registradas como ocurridas en personas de 60 años y más.

Tumores malignos. En 1995 se registraron 1.930 defunciones por tumores (CIE-9, 140–239), 12% del total de defunciones. La tasa de mortalidad por tumores para ambos sexos fue en 1995 de 40 por 100.000 habitantes, 46 por 100.000 en mujeres y 33 en varones. En las mujeres, el mayor número de muertes fue debido a tumores malignos de útero y de cuello uterino (12 por 100.000), seguida por los tumores malignos de mama (5 por 100.000) y de estómago (4 por 100.000). En los varones la tasa más alta correspondió a los tumores de tráquea, bronquios y pulmón (7 por 100.000), seguidas por

los tumores de próstata y de estómago (5 por 100.000, respectivamente unos y otros).

En las mujeres los tumores malignos de útero y cuello uterino, mama, estómago y las leucemias aparecen en este orden como las cuatro primeras causas de muerte por tumores malignos, totalizando 49,7% del total de muertes registradas por dichos tumores. De las 295 muertes atribuidas a tumores malignos del cuerpo y cuello del útero, 120 fueron registradas como originadas en tumores del cuello uterino, y de ellas 25% ocurrieron en mujeres menores de 45 años.

En los varones los tumores del aparato respiratorio, próstata y estómago y las leucemias constituyen las cuatro enfermedades malignas más frecuentes como causa de muerte, con 59% de las muertes registradas por tumores malignos.

Accidentes y violencia. Los accidentes y la violencia constituyen una causa importante de hospitalización y muerte. Los accidentes de tránsito son los accidentes más frecuentes, por delante de los accidentes laborales y domésticos. En 1995, 58% de las defunciones por accidentes y violencia se produjeron en personas de 15 a 24 años y 24% en adultos de 25 a 44 años; en 80% de estas muertes los fallecidos fueron de sexo masculino.

En los cuatro primeros meses de 1995 aumentaron en 40% las víctimas mortales producidas por el tráfico en relación con los cuatro primeros meses de 1994. Mientras en 1994 fallecieron 93 personas, en 1995 fallecieron 130; en 1994 se registraron 461 accidentes de tránsito y en 1995, 761.

En Alto Paraná los accidentes constituyen la segunda causa de muerte y los homicidios la tercera. Uno de cada cinco homicidios que ocurren en el país se registra en Alto Paraná.

En 1995 se registraron 515 homicidios (CIE-9, 960–969) que constituyeron 3,2% del total de las defunciones registradas; 91% de las víctimas de homicidio fueron de sexo masculino.

Trastornos del comportamiento. En 1991 se realizó un estudio sobre salud mental y hábitos tóxicos en personas de 12 a 45 años residentes en las 10 ciudades más pobladas del país. El estudio detectó abuso de sedantes, hipnóticos o estimulantes en 10,3% de la población estudiada y abuso de anfetaminas en 4,6%. La tercera parte (32%) de los encuestados fumaba o había fumado y, de ellos, 14% fumaban regularmente y 10% fumaban más de 10 cigarrillos diarios. La prevalencia de consumo de marihuana fue de 1,4%; la de cocaína, de 0,3%; la de consumo de analgésicos con finalidad no terapéutica, de 3,0%. El uso de sustancias inhaladas llegó a 2,5% de la muestra y el de sedantes sin prescripción médica, a 6,6%. Las sustancias con potencial adictivo más utilizadas son el alcohol y los analgésicos.

En 1995 fueron registradas 121 defunciones por suicidio (CIE-9, 950–958), de las que 70% correspondieron a personas del sexo masculino.

Salud oral. En 1995 se realizó una encuesta para determinar el índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados), pero sus resultados no están aún disponibles. Según estudios realizados en 1989 el mayor problema de salud oral es la caries dental, que afecta a 98% de los escolares y a 100% de los adultos.

Síndrome pulmonar por hantavirus. En noviembre de 1995 se produjeron varios casos clínicos de dificultad respiratoria en adultos e infección asintomática por hantavirus, variedad "Sin Nombre", en habitantes de la ciudad de Filadelfia, ubicada en el centro del Chaco paraguayo. De 24 casos probables, 23 tuvieron anticuerpos positivos, al igual que 4 de 27 contactos y 44 de 345 residentes en la localidad. *Calomys laucha* fue el roedor más frecuentemente capturado y también el que mostró mayor índice de anticuerpos positivos para el hantavirus variedad "Sin Nombre".

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En la Constitución Nacional de 1992 se considera la salud como un derecho de todos los habitantes y se establece que el Sistema Nacional de Salud ejecutará "acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado".

La política nacional de salud busca básicamente responder a las necesidades de salud de la población, en coordinación con las instituciones del sector público y privado. Establece como prioridades la salud materno-infantil y la nutrición, el control de las enfermedades inmunoprevenibles, transmisibles y zoonosis, el saneamiento ambiental, el fortalecimiento de los servicios de salud, la coordinación interinstitucional, la participación comunitaria en el sistema de servicios de salud y la atención a sectores marginales y asentamientos de indígenas.

En diciembre de 1996 el Congreso sancionó la Ley No. 1.032 que crea el Sistema Nacional de Salud. El sistema tiene como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación. A través del mismo se establecen conexiones intersectoriales e intrasectoriales concertadas. El sistema incorpora a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de participar en actividades de salud.

La reforma del sector salud

La Ley del Sistema Nacional de Salud es parte de la estrategia de reforma del sector y contempla los principios de

equidad, calidad, eficiencia y participación social. Su implementación ha comenzado mediante un proceso de descentralización a nivel de los departamentos y direcciones regionales y con el desarrollo de dos proyectos apoyados por el Banco Mundial y el BID dirigidos al fortalecimiento de los servicios de salud en 11 departamentos en los que reside 71% de la población.

Para el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social las principales estrategias son las siguientes: establecer un Sistema Nacional de Salud que complemente y coordine a los entes responsables de desarrollar actividades de salud, con el fin de mejorar la atención y aumentar la cobertura de los servicios; acompañar con acciones la política de descentralización del Gobierno nacional, con el refuerzo constante de la implementación departamental y distrital de los consejos de salud; fortalecer los sistemas locales de salud que permitan la autogestión de los diferentes niveles de atención, para optimizar la utilización de los recursos locales disponibles, y crear el Centro Nacional de Datos en Salud, ente dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social cuya finalidad será la recopilación y manejo de datos estadísticos que faciliten la gestión del sector. En este proyecto debe participar el sector privado.

Organización del sector salud

La coordinación del sector es responsabilidad del Consejo Nacional de Salud, constituido por instituciones clave del sector y presidido por el Ministro de Salud, con la responsabilidad legal de coordinar y controlar los planes, programas y actividades de las instituciones públicas y privadas.

La atención de la salud es responsabilidad de tres subsectores. El subsector público está conformado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Sanidad Militar, la Sanidad Policial, la Sanidad Municipal, la Corporación de Obras Sanitarias y el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. En el subsector paraestatal se integran el Instituto de Previsión Social (IPS), la Cruz Roja Paraguaya y el Hospital de la Universidad Católica de Nuestra Señora de la Asunción. El subsector privado, unificado en la Asociación de Hospitales, Sanatorios y Clínicas Privadas, está conformado por múltiples centros privados, laboratorios farmacéuticos y farmacias. Ha tenido un gran crecimiento en los últimos 10 años.

Al Ministerio le corresponde legalmente atender a toda la población no cubierta por otras instituciones del sector, especialmente los grupos más vulnerables y de escasos recursos económicos. De esta población, que oscila entre 60% y 65% del total, aproximadamente 40% no tiene protección y se concentra en el área rural y periurbana.

Del total de la población nacional, el Ministerio de Salud Pública da cobertura a 63%; los servicios privados a 15%; la

Sanidad Militar cubre alrededor de 3%; la Sanidad Policial a menos de 1%; el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción atiende aproximadamente a 5%. El Instituto de Previsión Social (IPS) es responsable de la atención de salud de alrededor de 13% de la población y en relación con los riesgos asociados con las enfermedades ocupacionales, los accidentes, la invalidez y la vejez. Tanto el Ministerio como el IPS están organizados en un sistema regionalizado, con diferentes niveles de complejidad. A la sanidad de los municipios le corresponde atender aspectos de salud pública tales como la recolección de los residuos domiciliarios, la desinfección de locales públicos y otros.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

El Código Sanitario 836/88 establece que el Ministerio de Salud Pública es la máxima dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social. La Dirección de Vigilancia Sanitaria, dependiente de esta institución, tiene entre sus funciones el control del registro sanitario de todos los medicamentos de uso humano y se encarga de autorizar la comercialización de los mismos. No obstante, la estructura de la Dirección cuenta con pocos profesionales sobre los que recae la evaluación de todos los procesos administrativos destinados al registro de productos y la habilitación de instalaciones, incluidas todas las farmacias del país.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social cuenta con un sistema de control de calidad mediante un convenio con la Universidad Nacional de Asunción, a través del Centro Multidisciplinario de Investigación Tecnológica. Dicho centro realiza los análisis de control de calidad de los medicamentos antes de su comercialización y eventualmente durante esta, si el Ministerio realiza una intervención, ya sea por oficio o por denuncia. Actualmente se encuentran en proceso de implementación normas consensuadas por Mercosur para los controles de calidad de los productos farmacéuticos y la verificación de las buenas prácticas de fabricación.

La notificación de enfermedades transmisibles es obligatoria por ley nacional desde 1915 y esta obligatoriedad recae sobre la totalidad de los servicios de atención médica, ya sean públicos, privados o de la seguridad social, aunque en la práctica la cobertura de notificación está limitada a los servicios públicos y en menor medida a los del IPS. El Ministerio de Salud Pública es responsable por medio de la Dirección General de Epidemiología de recopilar las notificaciones. Hay 40 enfermedades o eventos de notificación obligatoria semanal, de los que 16 son objeto de vigilancia intensificada —notificación caso por caso, en forma inmediata, aun ante la sospecha clínica—; la infección por VIH/sida y el síndrome pulmonar por hantavirus son las dos últimas entidades in-

corporadas al sistema. Los resultados de la vigilancia se publican en un boletín epidemiológico trimestral. También forma parte del sistema de vigilancia la evaluación sanitaria de puertos, aeropuertos y terminales terrestres, a cargo de distintas dependencias del Ministerio de Salud Pública.

El Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN), dependiente del Ministerio, fue creado en mayo de 1996 y es el organismo responsable del control y la protección de los alimentos a nivel nacional. La creación de este centro, la coordinación de las actividades de control por parte de la Comisión Nacional de Protección de Alimentos —integrada por los Ministerios de Salud Pública, Agricultura e Industria y Comercio— y la integración del Paraguay en el Mercosur han contribuido a que el control de alimentos adquiera considerable importancia.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. El Ministerio realiza actividades de educación y comunicación social en apoyo de los programas de sida, cólera, salud familiar, supervivencia infantil, prevención del uso indebido de drogas y del tabaquismo, nutrición y salud del adolescente. No obstante, no se ha evaluado el alcance nacional de dichos programas.

En marzo de 1997 se firmaron convenios con 10 municipios, incluido el de Asunción, para el desarrollo de una estrategia de municipios saludables.

El conocimiento de las formas de conservar la salud, así como de las medidas de prevención de enfermedades y accidentes es escaso, por falta de información y educación. Los programas de educación para la salud no cubren todo el país por falta de recursos humanos y financieros y a nivel de servicios se presta poca atención a las acciones de promoción.

La investigación en educación y comunicación para la salud es limitada y hay escasa articulación entre los sectores sociales para la coordinación y ejecución de programas conjuntos.

Servicios de agua potable y alcantarillado. En 1996 el abastecimiento de agua potable llegó a 48,3% de la población urbana y 18,3% de la rural, con un promedio nacional de cobertura de 27,1%. La cobertura del alcantarillado sanitario en el conjunto del país es de 14,8%. En el interior solo dos localidades cuentan con alcantarillado sanitario. La cobertura está concentrada en Asunción, donde la mitad de la población tiene cobertura de alcantarillado. No hay cobertura alguna en 11 departamentos del país y en los 6 restantes no alcanza a 10%.

El sistema de alcantarillado sanitario de Asunción descarga directamente en el río Paraguay. El caudal medio de las

aguas residuales es de aproximadamente 1,5 m³/segundo. Se estima que hasta el año 2000 no se llegaría a un caudal de alto riesgo de 5,0 m³/seg. La descarga tiene una dilución aproximada de 1/2.000, lo que evita la necesidad de plantas de tratamiento. Lo mismo ocurre en otras unidades que también descargan en el río Paraguay. Sin embargo, de continuar el aumento de la población y de la industrialización del país, el curso de agua puede resultar considerablemente contaminado.

Calidad del ambiente. La situación ambiental y de recursos naturales se caracteriza por el rápido proceso de deforestación, la pérdida de biodiversidad y el deterioro del ecosistema, con erosión del suelo en la región oriental, salinización en la occidental y la consiguiente pérdida de fertilidad. Diversos ecosistemas naturales y especies animales y vegetales están en peligro de extinción. La destrucción de los hábitats indígenas genera la consiguiente pérdida de identidad cultural. Hay problemas considerables de contaminación de las aguas superficiales y subterráneas —por grandes deficiencias en el manejo de los residuos sólidos y líquidos, domésticos e industriales— y de contaminación atmosférica, principalmente por el transporte terrestre y las actividades industriales. Los problemas más destacados son los vinculados a la ampliación de la frontera agrícola, los asentamientos humanos y las obras hidroeléctricas de Itaipú y Yacyretá.

La contaminación del aire es un problema menor, pero tiende a crecer en algunas ciudades, sobre todo en Asunción, como consecuencia del aumento del parque automotor y de la industrialización.

Existe un Programa de Salud Ambiental en el que participan todas las instituciones con responsabilidades ambientales o de agua y saneamiento. Sus principales componentes son el abastecimiento de agua potable y la disposición de excretas, el control de la contaminación, el mejoramiento, vigilancia y control de la calidad del agua y la disposición sanitaria de los desechos.

La Corporación de Obras Sanitarias, dependiente del Ministerio del Interior, se encarga de la provisión de agua potable y alcantarillado sanitario y pluvial para las poblaciones con más de 4.000 habitantes, mientras que las de menos de 4.000 son responsabilidad del Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental.

El Ministerio de Agricultura y Ganadería regula la explotación de los recursos hídricos. Una vez al año se realizan análisis de metales pesados y plaguicidas, principalmente en el río Paraguay, fuente principal de agua potable para Asunción. Se cuenta con un laboratorio para detectar la contaminación producida por las fábricas de alcohol.

Los fondos para las acciones de atención al ambiente provienen del cobro por los servicios de agua y red cloacal y de impuestos sobre la venta de bebidas alcohólicas y no alcohólicas,

de la tributación de bienes inmuebles y de préstamos de bancos y organismos internacionales.

El Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental planifica, establece normas, elabora proyectos y construye obras para abastecimiento de agua y sistemas de disposición de excretas. Los servicios son administrados por juntas locales de saneamiento.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Existen 18 regiones sanitarias que a partir de 1990 se han fortalecido mediante el incremento de recursos financieros y de personal y la descentralización que les confiere más autonomía y capacidad operativa. Los servicios están estructurados en cuatro niveles. El primer nivel o nivel primario brinda atención básica a localidades rurales aisladas y dispersas, con menos de 1.000 habitantes, y cuenta con recursos tales como voluntarios de salud, auxiliares de enfermería y obstetricia rural, y puestos de salud. El segundo nivel o nivel básico presta atención de complejidad mediana a poblaciones rurales y periurbanas de 2.000 a 20.000 habitantes. Tiene centros de salud con algunas camas (de 6 a 19) y un equipo formado por médicos, odontólogos, bioquímicos, farmacéuticos, enfermeros, obstetras, inspectores de saneamiento y personal técnico, administrativo y auxiliar. El tercer nivel o nivel básico complementario es responsable de satisfacer las demandas de atención de mayor complejidad, con servicios médicos generales y algunas especialidades. Cuenta con hospitales o centros de salud regionales. El cuarto nivel o nivel especializado desarrolla actividades integrales de atención en áreas especializadas y actúa como centro de referencia de la red de servicios regionalizados de salud. Tiene como recursos principales el Hospital Nacional, el Hospital del Cáncer y del Quemado, el Sanatorio Juan Max Boettner, el Hospital de Primeros Auxilios, el Laboratorio Central y el Instituto de Medicina Tropical.

No hay un plan sectorial que coordine el desarrollo de la capacidad instalada de las diversas instituciones. Cada una actúa por separado, lo que lleva a duplicaciones en las principales ciudades del país. En 1996 la capacidad física instalada de los subsectores público, paraestatal y privado estaba constituida por 1.140 establecimientos, de los cuales 47 eran hospitales, 25 hospitales regionales, 197 centros de salud, 657 puestos de salud o enfermerías y 214 clínicas y sanatorios. De los 1.140 establecimientos, corresponden 706 al Ministerio de Salud, 100 al IPS, 65 a la Sanidad Militar, 23 a la Sanidad Policial, 2 a la Universidad Nacional, 2 a la Universidad Católica, 1 a la Cruz Roja y 241 son privados.

El Ministerio cuenta con 10 hospitales especializados, 15 hospitales regionales, 137 centros de salud y 477 puestos de salud. El IPS mantiene un hospital central, 7 hospitales regio-

nales, 22 centros de salud y 70 puestos de salud. La Sanidad Militar tiene un hospital central, 3 hospitales divisionales, 35 centros de salud y 26 enfermerías. La Sanidad Policial tiene un hospital central y 22 enfermerías. La Universidad Nacional de Asunción mantiene el Hospital de Clínicas y el Hospital Neuropsiquiátrico. La Universidad Católica mantiene dos hospitales, uno en Asunción y otro en Villarrica.

El número total de camas se estima en 6.655, de las que 2.905 pertenecen al Ministerio de Salud, 1.816 al sector privado, 1.118 al IPS, 539 al Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, 187 al Hospital de las Fuerzas Armadas y 90 al Hospital Policial.

En 1995 se registraron en dependencias del Ministerio de Salud Pública 2.544.482 consultas y 94.696 egresos hospitalarios, de los que 45% fueron partos. El porcentaje de ocupación de camas fue de 45%. Según datos del Ministerio, en 1995 fueron asistidos por médicos 40% de los partos realizados en sus dependencias, otro 40% fueron atendidos por parteras o enfermeras, el 16% por empíricas y 4% por otro personal.

En 1995 se realizaron en establecimientos del Ministerio de Salud Pública 311.029 consultas prenatales; 30% fueron atendidas por médicos, 38% por enfermeras o parteras y 32% por auxiliares.

Existe una multiplicidad de servicios de diagnóstico por imágenes de los que se desconoce si cumplen o no las normas de protección y seguridad en la materia.

Se ha producido un avance importante en el control de la sangre para transfusiones y hemoderivados a partir del fortalecimiento del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea. Por ley se ha establecido la obligatoriedad del tamizaje para la infección por VIH, la enfermedad de Chagas, la sífilis y la hepatitis B. Está en marcha la incorporación de pruebas de detección de hepatitis C. Mediante estrategias de capacitación del personal y provisión oportuna de reactivos se están superando las limitaciones que aún tiene el sistema para ejercer un efectivo control de los bancos de sangre públicos y privados.

Existe un déficit de profesionales de salud mental, especialmente en el medio rural, igual que de cursos de posgrado en psiquiatría y de psicólogos con experiencia clínica. La escasez de unidades y servicios de salud mental en los hospitales generales y centros de salud hacen de esta área una de las menos desarrolladas.

No existen mecanismos que permitan mantener actualizada la información del sector sobre los recursos físicos en lo que se refiere al número, complejidad de los establecimientos y grado de equipamiento.

Con relación a la atención de los adultos mayores existe un plan nacional dirigido por la Dirección General de Bienestar Social. Basado en la coordinación interinstitucional e intersectorial, integra programas sociales y comunitarios para el adulto mayor, programas de motivación y sensibilización de la sociedad, un programa de apoyo y fortalecimiento de insti-

tuciones de servicios al anciano y otro de adecuación de la legislación correspondiente.

Insumos para la salud

La industria farmacéutica nacional (o instalada en el país) se encuentra en una etapa inicial de desarrollo y está orientada, básicamente, a la formulación, fraccionamiento, envase y otras actividades relacionadas con el procesamiento final de los productos farmacéuticos. La totalidad de las materias primas son importadas. No existe una industria químico-farmacéutica en el país.

El Senado aprobó en noviembre de 1996 una ley sobre el control de calidad de los productos farmacéuticos, cosméticos, artículos de limpieza doméstica y afines, que debe continuar su trámite en el Congreso.

Se ha elaborado una selección nacional de medicamentos esenciales, con denominaciones comunes internacionales, basada en la lista confeccionada por la OMS. Dicha selección se utiliza para la adquisición y uso de medicamentos en los servicios de salud.

Actualmente para la compra de medicamentos se cuenta con el aporte presupuestario de algunas gobernaciones y municipios. Las adquisiciones se realizan a través de licitaciones públicas centralizadas en el Ministerio de Salud Pública. Para la información y capacitación existe una Farmacopea Nacional que data de 1943 y no ha sido actualizada. No obstante, la utilizada como referencia es la USP estadounidense actualizada.

Se han implementado en el país las farmacias sociales con provisión de un fondo inicial del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social mediante el cual se facilita el acceso a medicamentos esenciales a un costo mínimo.

Recursos humanos

Según datos del Ministerio el país contaba en 1995 con 3.730 médicos, 1.279 odontólogos, 433 licenciados en enfermería, 1.547 obstetras (parteras) licenciadas, 1.875 químico-farmacéuticos, 892 bioquímicos, 96 licenciados en trabajo social y 1.561 psicólogos.

Del total de 5.226 personas que en 1995 desempeñaban funciones en los servicios del Ministerio de Salud Pública, 13% eran médicos, 3,7% odontólogos, 1,2% bioquímicos, 9,5% enfermeras o parteras, 8% personal técnico, 37% auxiliares de enfermería y 25% personal administrativo o de servicio. La distribución del personal del Ministerio por regiones sanitarias fue bastante homogénea, aunque en 5 de las 18 regiones sanitarias se observó un déficit marcado de médicos en relación con la población.

En odontología la práctica es principalmente privada y congrega odontólogos, "idóneos dentistas" (auxiliares de dentistas) y un número elevado de "mecánicos dentales", que hacen prótesis, coronas, etc. En el sector público, el Ministerio de Salud Pública contaba en 1995 con cerca de 200 odontólogos, más de la mitad ubicados en Asunción y el Departamento Central, área en la que reside 34% de la población. En 8 de los 18 departamentos hay una falta importante de personal de odontología.

El Ministerio de Salud Pública ha hecho hincapié en la capacitación del personal en las áreas de administración hospitalaria, estadística y epidemiología, salud pública y atención materno-infantil, así como en el adiestramiento del personal técnico y auxiliar. Como complemento se ha instrumentado un proceso de redistribución del personal y de mejoramiento de las remuneraciones y otros beneficios, de acuerdo con el desempeño y la productividad. No obstante, existen fallas en la estrategia y en la planificación de las actividades de capacitación, así como en la vigilancia de los procesos educativos.

Investigación y tecnología en salud

La Universidad Nacional de Asunción participa por medio del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud en la investigación biomédica básica y aplicada, con ayuda financiera de organismos internacionales.

La docencia universitaria estimula poco la investigación científica y los cursos de metodología de la investigación son insuficientes. No se cuenta con un sistema de información que concentre el conocimiento científico y favorezca la difusión de las investigaciones. La mayor parte de las investigaciones en salud solo alcanzan la etapa descriptiva.

La actividad científica y tecnológica es de carácter coyuntural y no el resultado de una política explícita. El trabajo científico y tecnológico en salud cuenta con poca asistencia financiera, mínima estructura institucional, pronunciado déficit de recursos humanos y escasa producción tecnológica y de conocimientos.

Gasto y financiamiento sectorial

Del total del gasto sanitario, 20% proviene del presupuesto general de la nación; las contribuciones al IPS representan 26% y el 54% restante son gastos directos de la población.

El gasto público en salud como porcentaje del PIB fue en el período 1990–1993 de 1,2%. Entre 1984 y 1995 la participación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en el presupuesto general de la nación mostró oscilaciones entre un mínimo de 4% y un máximo de 7,5%. Respecto a la parti-

cipación del gasto privado y del IPS, la falta de información no permite estimaciones precisas.

En 1996, 64% del financiamiento del presupuesto del Ministerio de Salud Pública tuvo su origen en recursos del Tesoro, 14% en pagos originados en la central hidroeléctrica de Itaipú, 6% en recursos propios, 6% en recursos de crédito externo, 5% en recursos especiales y 5% en otros recursos.

Los ingresos de los sistemas privados de prepago suman aproximadamente 26 millones de dólares anuales, lo que significa de 13% a 15% del gasto del sector público.

El IPS se financia básicamente con el aporte tripartito del empleador, el trabajador y el Estado. Además, cuenta con ingresos provenientes de las rentas que generan las inversiones de los fondos de reserva, los aportes al régimen especial, el aporte de los pensionados y jubilados, y el procedente de recargos, multas, etc. El trabajador aporta 9% del salario, el empleador 14% (calculado sobre los salarios de sus trabajadores) y el Estado 1,5% (calculado sobre el monto de los salarios sobre los cuales imponen las firmas patronales). En un régimen especial, los maestros del sector público y privado, los profesores universitarios, los trabajadores independientes y el personal de servicio doméstico aportan 8% de sus remuneraciones.

Cooperación técnica y financiera externa

El Gobierno ha concertado múltiples acuerdos de cooperación técnica internacional bilateral y multilateral, con el objetivo de ampliar la cobertura de los servicios de salud y mejorar la atención a la población. Así se ha contado con cooperación externa para el desarrollo de la red de servicios regionalizados de salud, el abastecimiento de agua y saneamiento en zonas rurales, el desarrollo y fortalecimiento institucional, la atención materno-infantil, los programas de alimentación y nutrición, el control de la lepra y otras enfermedades específicas, la prevención de la ceguera, la investigación de un método de detección de la enfermedad de Chagas, el programa nacional de lucha contra el sida y los programas de inmunización, control de diarreas, saneamiento básico y salud rural.

El Gobierno ha concertado proyectos con el BID, el Banco Mundial y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), sobre todo enfocados a la atención materno-infantil. Dichos proyectos tendrán una duración aproximada de 5 años y cubren 12 departamentos en los que habita 73% de la población. El monto total asciende a US\$ 75 millones, correspondiendo 62% al BID, 30% al Banco Mundial y 8% a la JICA.

Existen otros proyectos de cooperación con el Banco de Fomento Alemán, organismos de cooperación de Alemania, Brasil, Francia y Japón, UNICEF, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Fundación Kellogg, el Programa Mundial de Alimentos, el Programa de las Naciones

Unidas para el Desarrollo, el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo del Canadá, el Club Rotario Internacional y el Cuerpo de Paz de los Estados Unidos.

La AID coopera en planes piloto de funcionamiento de consejos distritales de salud. UNICEF en salud materno-perinatal, supervivencia y desarrollo infantil y menores en circunstancias difíciles, con un aporte de 1,2 millones de dólares. Un préstamo del Banco Alemán de Crédito ha sido

totalmente invertido en infraestructura y equipamiento en el sur del país, y un remanente de US\$ 2,5 millones está pendiente de dedicarse a ampliación de servicios maternoinfantiles en departamentos de dicha región.

El Gobierno de España ha concedido un préstamo por valor de US\$ 32 millones para equipamiento de hospitales especializados, establecimientos de la capital y puestos de salud en todo el país.

PERÚ

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

El Perú se ubica en la parte central y occidental de América del Sur y tiene una extensión territorial de 1.285.216 km² divididos en tres grandes regiones naturales: la costa, la sierra y la selva. El Perú se define como un país pluricultural, intercultural, multilingüe y multiétnico. La Constitución de 1993 determinó la división de tipo departamental (24 departamentos subdivididos en 192 provincias y estas en 1.812 distritos, más una provincia constitucional).

La política del Estado está influenciada por dos elementos: la promoción de la liberalización de la economía y la presencia de demandas sociales básicas, muchas de ellas insatisfechas ya que, según el censo de 1993, 53,9% de los hogares tenían por lo menos una necesidad básica insatisfecha. De acuerdo con ello, el Gobierno ha decidido reformar las funciones del Estado y reorientar el gasto público para lograr una mayor eficiencia de sus recursos, que no pueden exceder la disponibilidad tributaria del país. Este proceso implica centrar las funciones públicas en aquellas que no pueden ser asumidas por entidades privadas por razones de seguridad, equidad social y regulación del mercado. Los objetivos de la reforma del Estado son fundamentalmente dos: liberar recursos financieros desregulando el mercado, privatizando empresas estatales y generando un marco institucional favorable a la libre empresa, y reestructurar las funciones generales y específicas del Estado buscando el mayor impacto del gasto y dotándolo de procedimientos más eficientes. El contexto en el que se enmarca la reforma del Estado es la plena austeridad fiscal y monetaria, así como el cumplimiento de las obligaciones financieras externas. Dentro del objetivo de reestructuración de las funciones generales y específicas, el alivio a la pobreza extrema es una meta de mediano plazo, base de la política social y dentro de la cual el sector salud define su población objetivo mediante estrategias descentralizadas.

El crecimiento de la economía peruana presenta marcadas oscilaciones. A mediados de la década del setenta se inició una prolongada crisis económica que tuvo su pico en los años 1983 y 1989, con disminuciones del producto interno bruto (PIB) del orden de 12,6% y 11,7%, respectivamente. Los períodos de expansión han sido breves, debidos fundamentalmente a la política de sustitución de importaciones estimulada desde el Estado y aplicada de manera conjunta con una estructura de precios relativos sumamente distorsionada. Esta política colapsó a partir de 1988, generándose un severo proceso recesivo acompañado de hiperinflación, desorden social y violencia. La hiperinflación solo pudo ser controlada a partir de agosto de 1990, en que el nuevo gobierno tomó medidas estabilizadoras. Ese año el país alcanzó su mayor nivel de inflación (7.650% de incremento acumulado en los precios). A partir del cuarto trimestre de dicho año la inflación ha mantenido una tendencia decreciente, hasta 12,5% en 1994 y 10,4% en 1996.

Desde 1987 hasta 1992 la producción nacional disminuyó 23,5% y la producción per cápita, 28,9%, agudizando los niveles de pobreza ya existentes. Desde 1993 hasta 1995, el producto nacional bruto (PNB) mostró una tendencia creciente que en 1995 permitió recuperar los niveles reales de producción con que contaba el país en 1987. Esta recuperación se insertó en un marco de estabilización y reestructuración de la economía, y acciones de pacificación y de reinserción en la comunidad económica internacional. La recuperación de la inversión privada se apoyó en el éxito en la lucha antiinflacionaria y el aumento de credibilidad gubernamental y se observó en casi todos los sectores, especialmente en los de construcción, comercio, agricultura y manufactura.

No obstante el crecimiento económico de los últimos años y la voluntad política expresada en programas especiales de lucha contra la pobreza, se han obtenido limitados logros en el campo social. De acuerdo con dos métodos de medición de la pobreza —línea de pobreza y necesidades básicas insatisfechas— alrededor de la mitad de las familias del Perú se en-

contraban en situación de pobreza. Según las Encuestas Nacionales de Niveles de Vida (ENNIV) de 1985, 1991, 1994 y 1996, la condición de pobreza disminuyó entre los años 1991 y 1994 de 53,6% a 49,6%, y este último valor (49%) se mantuvo en 1996. Se define como pobres a aquellos hogares cuyo gasto total no alcanza a cubrir el costo de una canasta mínima de consumo conformada por alimentos y otros bienes y servicios, definición que ha sido aplicada de manera consistente por las encuestas ENNIV desde 1985. En 1994, 20% de la población nacional se encontraba en pobreza extrema, y esta proporción era mayor en las zonas rurales de la costa, la sierra o la selva (66%, 68% y 70%, respectivamente). Son pobres extremos aquellas personas cuyo gasto total no alcanza a cubrir el costo de una canasta básica conformada solo por alimentos, la cual satisface los requerimientos nutricionales mínimos. El área metropolitana de Lima tiene los menores porcentajes de población pobre y en pobreza extrema: 38% y 5%, respectivamente. Según el censo de 1993, 53,9% de los hogares peruanos tenían al menos una necesidad básica insatisfecha. En las zonas rurales ello ocurría en 88,2% de los hogares y en las zonas urbanas, en 39,2%. En 16 de los 25 departamentos, más de 60% de los hogares tenían al menos una necesidad básica insatisfecha, todos, excepto uno, ubicados en el trapecio andino o en la selva. Con base en esta proporción, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) identificó cinco estratos. Las provincias de los estratos más pobres tuvieron mayor proporción de población joven (menor de 15 años) y menor crecimiento intercensal, debido al flujo migratorio de expulsión por razones de pobreza y violencia política.

En 1995 el Ministerio de Trabajo y Promoción Social redefinió la noción de subempleo, lo cual ha modificado su serie histórica. Son subempleados visibles aquellos cuya jornada semanal es inferior a 35 horas, desean trabajar más y están en disposición de hacerlo. Son subempleados invisibles aquellos cuya jornada es superior a las 35 horas semanales pero sus ingresos son inferiores al ingreso mínimo. Este ingreso se basa en una canasta mínima de consumo de una familia de cinco miembros, donde dos son perceptores de ingreso. Con datos referidos a fines de 1996, 7,1% de la población económicamente activa (personas mayores de 15 años que están trabajando o buscan activamente empleo) se encontraba desempleada, 42,4% subempleada y solo 49,0% con empleo adecuado. El subempleo por ingreso (subempleo invisible, 27%) era mayor que el subempleo por horas (subempleo visible, 16%), debido a una menor jornada laboral. El subempleo era más alto en el sexo femenino (51%) que en el masculino (37%), y predominaba entre quienes tenían solo educación primaria (50%), en relación con la superior universitaria (29%).

Las tasas de analfabetismo disminuyeron de 18,1% a 12,8% en el período intercensal 1981-1993, aunque subsisten amplias diferencias entre hombres y mujeres, en particular en las zonas rurales: en 1993, el analfabetismo fue de 7,1% entre

los hombres, mientras que entre las mujeres fue de 18,3%; en las zonas rurales estas tasas fueron muy elevadas, llegando hasta 17,0% y 42,9%, respectivamente.

Según el IX Censo de Población y IV de Vivienda de 1993, la población total del Perú ascendía a 22.639.443 habitantes. La tasa de crecimiento anual promedio de la población entre 1981 y 1993 fue de 2,0%, manteniéndose la tendencia decreciente observada en los últimos 30 años. Con base en esta tasa intercensal, se estima que la población total del Perú al 30 de junio de 1996 era de 23.946.800 habitantes. La población urbana en 1993 representó 70,1% de la población nacional (15.870.250 habitantes), lo que demuestra el creciente proceso de urbanización al compararla con las cifras de 1972 (59,5%) y 1981 (65,2%). Entre 1981 y 1993 el crecimiento anual promedio de la población urbana fue de 2,8%, mientras que el de la población rural fue de 0,9%. En ese mismo año, la población femenina ascendió a 50,3% de la población total; más de la tercera parte de la población (37,0%) era menor de 15 años. La proporción de la población de 65 años y más aumentó de 4,1% en 1981 a 4,6% en 1993.

La tasa bruta de natalidad descendió de 35 nacimientos por 1.000 habitantes en 1980 a 26 por 1.000 en 1996. La tasa global de fecundidad (TGF), que hasta la década de los sesenta fue superior a 6,5 hijos por mujer, disminuyó a 4,0 hijos por mujer en 1991. La TGF se diferenciaba a nivel departamental: así, mientras el Callao tenía la tasa más baja del país (2,2 hijos por mujer), Huancavelica y Apurímac tenían las más altas (6,5 y 5,9, respectivamente). Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 1996 la TGF era de 3,5 hijos por mujer (2,8 en el área urbana, 5,6 en la rural y 2,5 en el área metropolitana de Lima); asimismo, existía una amplia diferencia según el nivel educativo de la mujer: una TGF de 6,9, 5,0, 3,0 y 2,1 para las mujeres sin instrucción, con instrucción primaria, con instrucción secundaria y con instrucción superior, respectivamente.

La esperanza de vida aumentó de 53,6 a 66,3 años entre 1970 y 1993. En 1993, las diferenciales entre departamentos iban de 54,4 en Huancavelica a 77,1 en el Callao, y se mantuvieron a lo largo del tiempo. En el censo de 1993, 22,3% de la población (4.921.020 habitantes) declaró haber nacido en un lugar diferente del de empadronamiento. Esta migración interna fue captada principalmente por Lima (48,1%) y Callao (7,8%). Otros centros urbanos receptores de población migrante fueron Arequipa (5,1%), La Libertad (4,0%), Lambayeque (3,7%), San Martín (3,6%) y Junín (3,5%). Los principales departamentos expulsores fueron Cajamarca (9,9%), Ancash (7,5%), Ayacucho (6,5%) y Puno (6,1%). Aunque no ha sido evaluado cuantitativamente, además de las tradicionales causas de la migración interna, una parte importante de ella se debió a los problemas derivados de la violencia. En los últimos tres años se han intensificado los movimientos migratorios internos por el retorno de las poblaciones anteriormente desplazadas a sus lugares de origen, como producto de

la pacificación y la apertura de nuevas áreas agrícolas y mineras en algunas zonas de la sierra y de la selva. La emigración internacional ha aumentado en las últimas décadas, registrándose una pérdida de población de 36.000 personas en el período 1975–1980 y de 370.000 en el período 1990–1995.

Mortalidad

En 1992 el subregistro a nivel nacional fue de 50,8%. Los departamentos con niveles más altos de subregistro fueron Ayacucho (99,4%), Amazonas (80,5%), Loreto (79,7%) y Huancavelica (76,9%); los departamentos con menor subregistro fueron Ica (14,3%), Tacna (19,6%) y Lima (22,6%). Asimismo, el subregistro es de 27,1%, 36,0%, 53,0%, 74,9% y 75,1% para los estratos de pobreza I a V, respectivamente. Del total de muertes registradas, la proporción con certificación médica fue de 70,6%, con un rango amplio a nivel departamental (de 97,9% en el Callao a 24,4% en Apurímac) y según estrato de pobreza (de 90,6% en el estrato I a 33,0% en el V). La proporción de muertes con síntomas y estados morbosos mal definidos fue de 30,6%; sin embargo, en el estrato I esta proporción fue de 9,9% y en el V alcanzó 69,8%.

El análisis de la mortalidad proporcional por los seis grandes grupos de causas mostró que a nivel nacional las enfermedades transmisibles fueron la primera causa de muerte, seguidas por las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores, correspondiéndoles 27,5%, 19,4% y 15,2% de todas las muertes, respectivamente. En el estrato I las enfermedades del aparato circulatorio ocuparon el primer lugar (22,1%), seguidas muy de cerca por las enfermedades transmisibles (21,5%) y los tumores (19,3%); en cambio, en el estrato V las enfermedades transmisibles fueron responsables de 44,0% de todas las muertes, las enfermedades del aparato circulatorio de 10,2% y los tumores de solo 4,6%. Además, el riesgo de morir por una enfermedad transmisible fue 6,3 veces mayor en el estrato V que en el estrato I (tasas de mortalidad de 6,9 y 1,1 por 1.000 habitantes, respectivamente). La tasa de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el período perinatal también mostró una diferencia marcada entre estratos (43,2 por 1.000 nacidos vivos en el estrato V y 12,6 en el estrato I).

En relación con la estructura de la mortalidad según grupos de edad, del total de muertes del estrato I, 13,1% y 2,9% correspondieron a niños menores de 1 año y de 1 a 4 años, mientras que en el estrato V estos porcentajes fueron de 29,3% y 11,1%, respectivamente. El riesgo de morir fue cinco veces más alto para los niños menores de 1 año en el estrato V que en el estrato I (151,1 y 31,0 por 1.000 niños menores de 1 año) y siete veces más alto para los niños de 1 a 4 años (13,9 en el estrato V y 1,8 en el I, por 1.000 niños de 1 a 4 años).

Las 10 principales causas de muerte fueron las infecciones respiratorias agudas (16,3%), las enfermedades infecciosas intestinales (7,7%), las enfermedades de la circulación pul-

monar y otras formas de enfermedades del corazón (5,4%), la tuberculosis (5,0%), las enfermedades cerebrovasculares (4,0%), las enfermedades del aparato urinario (3,5%), otras enfermedades del aparato digestivo (3,2%), las deficiencias de la nutrición y anemias (3,2%), la enfermedad isquémica del corazón (3,2%) y la hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o el recién nacido (3,1%). Este análisis, desagregado por estratos, muestra gran heterogeneidad; si bien las infecciones respiratorias agudas fueron la primera causa de muerte en cada uno de los estratos, su importancia relativa creció con el mayor nivel de pobreza: 9,3% en el estrato I y 25,2% en el estrato V, lo que significa un riesgo de morir 8,6 veces mayor en el estrato V que en el I; este riesgo relativo es 7,8 veces mayor para las enfermedades infecciosas intestinales; 2,6 veces para la tuberculosis; 6,0 veces para la hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o el recién nacido, 4,3 veces para las deficiencias de la nutrición y anemias y 18,5 veces mayor para la apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal sin mención de hernia.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

Según el censo de 1993, la mortalidad infantil fue de 59,0 por 1.000 nacidos vivos, y varió desde 22,9 por 1.000 en el Callao hasta 113,9 por 1.000 en Huancavelica. Para el período 1995–2000, este indicador se estimó en 45,0 por 1.000 nacidos vivos y la ENDES 1996 reveló una tasa de 42,8 por 1.000. La mortalidad neonatal, según esta misma fuente, fue de 25,0 por 1.000 nacidos vivos. En 1992 la principal causa de mortalidad en los menores de 1 año fueron las enfermedades transmisibles en conjunto (39,8%), seguidas por las afecciones originadas en el período perinatal (33,9%). Dentro de las enfermedades transmisibles, las infecciones respiratorias agudas (26,6%) y las enfermedades infecciosas intestinales (11,1%) ocuparon los primeros lugares. Estas proporciones variaron significativamente entre los diferentes estratos de pobreza: las enfermedades transmisibles y las afecciones originadas en el período perinatal representaron 29,7% y 39,3%, respectivamente, de las muertes en menores de 1 año en el estrato I y 49,6% y 29,1% en el estrato V. En niños de 1 a 4 años, las enfermedades transmisibles fueron las principales causas de muerte (66,7% a nivel nacional; 55,2% en el estrato I y 74,7% en el V), seguidas de las causas externas (7,3%). Entre las enfermedades transmisibles, las infecciones respiratorias causaron 28,5% del total de muertes y las infecciosas intestinales, 25,1%.

Según el primer censo nacional de talla en escolares del primer grado de primaria (1993) 48,0% de los niños de 6 a 9 años sufría de desnutrición crónica, y esta situación era más

crítica en los varones (54%) y en el área rural (67%). El departamento que presentó la tasa de desnutrición más alta fue Huancavelica (72%), y las tasas más bajas correspondieron a Tacna (18%) y el Callao (20%). Según los datos de mortalidad de 1992, las principales causas de muerte en este grupo de edad fueron las enfermedades transmisibles (46,8%) y las causas externas (20,2%).

La salud del adolescente

Según el censo de 1993, los adolescentes representaban 23,0% de la población total. Las principales causas de muerte en el grupo de 10 a 14 años fueron las enfermedades transmisibles (40,2%) y las causas externas (21,7%); estas proporciones se invierten en el grupo de 15 a 19 años, donde fueron 25% y 39,0%, respectivamente. El 13,6% de los niños de 10 a 14 años de edad no asistían a la escuela, proporción que se incrementaba a 26,7% en el grupo de 15 a 17 años; este problema afectaba fundamentalmente a las mujeres del área rural (23,7%). En el grupo de 10 a 14 años de edad, 5,1% trabajaba, así como 17,9% en el grupo de 15 a 17 años. Por otro lado, en las zonas urbanas, 69,0% de los adolescentes de 12 a 14 años ya había probado en alguna ocasión alcohol y 17,0% tabaco; en el grupo de 15 a 18 años este porcentaje aumentó a 84,0% y 50%, respectivamente. En relación con el uso de otras drogas, 7 de cada 1.000 niños de 12 a 14 años admitieron haber consumido marihuana en alguna ocasión.

La fecundidad en las adolescentes ha disminuido en las últimas décadas, aunque no en la misma proporción que en los otros grupos de edad; mientras que en las mujeres de 45 a 49 años la fecundidad se redujo 67,0% entre 1961 y 1993, en las de 15 a 19 años solo disminuyó 43,0%. En 1993, 1,2% de las mujeres de 12 a 14 años y 6,0% de las de 15 a 17 años ya eran madres o estaban embarazadas por primera vez; para las adolescentes del área rural esta última cifra se elevaba a 10,6%. Aunque 29,0% de las adolescentes con pareja entre 15 y 19 años declaraban emplear algún método anticonceptivo, solo 11,0% usaban métodos modernos. El embarazo en adolescentes es en su gran mayoría no deseado y casi siempre termina en aborto. En 1993, el 15,0% de las muertes maternas corresponden a adolescentes, y se estima que 20,0% de las muertes maternas por aborto ocurrían en este grupo.

La salud de la mujer

En 1996 usaron algún método anticonceptivo 64,0% de las mujeres en unión. En el área urbana este porcentaje alcanzó 70,0% y en el área rural, 51,0%. El 75,0% de las mujeres con educación superior utilizan algún método anticonceptivo, mientras que solo lo hacen 38,0% de las mujeres sin educación. El método más usado sigue siendo el del ritmo (18%),

seguido por el dispositivo intrauterino (12,0%) y la esterilización femenina (10,0%). El 63,9% y 66,2% de las mujeres recibieron atención prenatal por un profesional en 1992 y 1996, respectivamente; en el área rural, 44,5% de las mujeres recibieron este tipo de atención mientras que en el área metropolitana de Lima lo hicieron 87,4%. Recibieron atención del parto por un profesional 52,5% y 55,1% de las mujeres en 1992 y 1996, respectivamente; este indicador es menor para el área rural (19,1%) y la selva (34,4%), en contraste con Lima (93,0%).

La tasa de mortalidad materna es de 265,0 por 100.000 nacidos vivos. Se estima que anualmente mueren alrededor de 1.670 mujeres como consecuencia de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En el área urbana la tasa es de 200,0 por 100.000 nacidos vivos, y en el área rural de 448,0 por 100.000. La tasa de mortalidad materna es 10 veces mayor en las mujeres analfabetas que en las que tienen educación superior (448,0 y 49,0 por 100.000 nacidos vivos, respectivamente). Las principales causas obstétricas directas de mortalidad materna son hemorragia (23,0%), aborto (22,0%), infección (18,0%) y toxemia (17,0%); la principal causa indirecta es la tuberculosis pulmonar.

La salud del adulto

En 1992 las principales causas de muerte en la población de 15 a 59 años de edad fueron las enfermedades infecciosas (21,9%), seguidas por las causas externas (20,8%) y los tumores (17,6%), con una distribución diferenciada por estratos: tumores (23,8%), enfermedades infecciosas (21,3%) y causas externas (11,8%) para el estrato I; enfermedades infecciosas (32,3%), causas externas (18,2%) y tumores (6,5%) para el estrato V. También hubo una significativa diferencia entre las causas de muerte de hombres y mujeres: entre los hombres fueron tuberculosis (10,0%), homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, lesiones por intervención legal y lesiones resultantes de operaciones de guerra (8,4%), otros accidentes, incluso los efectos tardíos (6,6%), infecciones respiratorias agudas (6,4%) y accidentes de tráfico de vehículos de motor (5,4%); entre las mujeres, tuberculosis (9,6%), tumor maligno del cuello del útero (7,0%), infecciones respiratorias agudas (6,1%), enfermedad cerebrovascular (4,5%) y tumor maligno de mama (4,0%).

La salud del adulto mayor

En cuanto a la población de 60 años y más, las enfermedades del aparato circulatorio ocuparon el primer lugar como causa de muerte (30,2%), seguidas por las enfermedades infecciosas (20,9%) y los tumores (19,1%). En el estrato I las enfermedades del aparato circulatorio representaron 31,7%

de todas las causas de muerte, seguidas por los tumores (21,8%) y las enfermedades infecciosas (17,3%); en el estrato V las enfermedades transmisibles continuaron siendo la primera causa de muerte (34,7%) seguidas de lejos por las enfermedades del aparato circulatorio (18,9%) y los tumores (5,9%); no existen diferencias significativas por sexo.

La salud de los trabajadores

El Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) cuenta con un Programa de Salud Ocupacional que cubre solo a 28,0% de la población económicamente activa del país (7.814.809 personas). Solo 7,8% de los trabajadores asalariados están sindicalizados. Desde 1997 el Ministerio de Salud cuenta también con un Programa de Salud Ocupacional. Según el IPSS, de 1995 a 1996 la tasa de accidentes de trabajo aumentó de 12,0 a 20,0 por 1.000 trabajadores y la tasa de accidentes mortales, de 0,7 a 1,9 por 10.000 trabajadores; estas cifras indican un mejor registro, pero en el caso de los accidentes mortales este incremento es real, ya que se ha comprobado a partir de información proporcionada por sindicatos y otros ministerios. Los accidentes se deben principalmente a ambientes laborales inadecuados, combinado con el aumento de la carga laboral. Solamente en el sector minero, en 1995 se registraron 102 accidentes mortales (68 en 1992, 57 en 1993, 87 en 1994). Los datos sobre enfermedades ocupacionales son escasos, aunque algunas investigaciones han sugerido afecciones serias (daños auditivos, asbestosis, neumoconiosis). Otro problema importante es la falta de acceso del sector informal (53,9%) a los servicios de salud ocupacional, agravado por el alto riesgo de enfermarse y accidentarse debido a condiciones de trabajo inadecuadas y peligrosas y a los bajos salarios. Con base en el censo nacional de 1991, el INEI estimó en 175.022 el total de niños trabajadores de 6 a 14 años en 1993; la estimación del Ministerio de la Presidencia para 1995 fue de 1.100.000 niños trabajadores menores de 18 años. Trabajan principalmente en la minería, la agricultura y los lavaderos de oro.

La salud de los indígenas

La población indígena del Perú puede considerarse según el criterio lingüístico o el criterio de comunidades indígenas nativas de la selva y ceja de selva. Según la lengua materna (quechua, aymará u otro idioma nativo), en 1993 fueron censadas 4.035.300 personas, 52% mujeres y 48% hombres, de las cuales 75,0% residía en la sierra, 9,0% en la selva y 17% en la costa, incluida el área metropolitana de Lima. De la población mayor de 6 años, 22,0% no tenía ningún nivel de instrucción, y la situación era más crítica en el área rural y más acentuada en las mujeres. De este grupo poblacional, 42,0% vivía

en condiciones de pobreza extrema, cifra que duplica el valor promedio nacional. En una proporción significativa eran campesinos o trabajadores no calificados, con rasgos culturales propios que con frecuencia se convierten en desventajas para tener acceso a las oportunidades de empleo. Los residentes en la sierra rural y en la selva tenían acceso limitado a los servicios de educación y de salud, situación atribuible en parte a las características del área geográfica donde viven y a las barreras que les imponen los aspectos lingüístico y cultural. Con respecto a los servicios de saneamiento básico, 54% de los quechuahablantes y 70% de los hispanohablantes disponían de servicios de agua dentro de los hogares; la cobertura de desagüe fue de 15% y 40%, respectivamente. Entre los quechuahablantes, solo 32% de los que informaron haber estado enfermos o accidentados en las cuatro semanas previas a la entrevista realizaron consulta médica, contra 46% de los hispanohablantes. El gasto promedio de una persona hispanohablante fue 65% mayor que el gasto promedio de una persona que hablaba algún idioma nativo. Estos datos sugieren que la inversión en una educación bilingüe, que considere las características culturales nativas, constituye una estrategia esencial para luchar contra la pobreza que afecta a este grupo humano.

Según el criterio de comunidades indígenas nativas de la selva, en 1993 existían en el Perú 13 familias lingüísticas con 65 grupos étnicos. La población total era de 299.218 habitantes (48% femenina y 52% masculina) y los departamentos más poblados eran Loreto con 83.746 habitantes, Junín con 57.530, Amazonas con 49.717 y Ucayali con 40.463. De la población total censada, 49,7% tenía menos de 14 años, 48,8% de 15 a 64 años y 1,5% tenía 65 años y más. Según nivel de instrucción, 32% carecía de ella, 49% tenía nivel primario, 16% secundario y 2,5% superior; los programas de estudios eran propios de las áreas urbanas y no consideraban los idiomas nativos ni las características socioculturales. El 74% vivía en condiciones de pobreza y más de la mitad en pobreza extrema, cifras muy superiores al promedio nacional (49,6% y 20,2%, respectivamente). En el grupo campashaninka la fecundidad fue de 8,1 hijos por mujer y la mortalidad infantil de 99 por 1.000 nacidos vivos, y entre los machiguenga del Cuzco y Madre de Dios, la fecundidad fue de 8,4 hijos por mujer y la mortalidad infantil, de 100 por 1.000 nacidos vivos. En la selva peruana, la mayoría de la población practica una economía de autoconsumo basada en la agricultura, la caza, la pesca y la recolección, y hace mayor uso de plantas medicinales. Dichas comunidades han estado expuestas a la violencia político-social y a la derivada de las actividades del narcotráfico, a la migración forzada, al abandono de su hábitat y a condiciones de vida precarias. El Gobierno ha identificado áreas de intervención en los campos de salud, educación y agricultura, como parte de la estrategia de lucha contra la pobreza y apoyo a las comunidades de áreas fronterizas.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. El número de casos de malaria aumentó de 30.814 en 1989 a 211.561 en 1996, con una tasa de incidencia de 885,0 por 100.000 habitantes. El índice parasitario anual (IPA) aumentó de 2,4 por 1.000 en 1992 a 8,8 por 1.000 en 1996. La proporción de casos por *Plasmodium falciparum* se incrementó en forma alarmante de 1,6% en 1992 a 28,3% en 1996. La malaria está asociada geográfica y ecológicamente a zonas tropicales y desérticas irrigadas de la costa norte y a la selva montañosa nororiental, selva centro suroriental y selva baja o llano amazónico. La estacionalidad es evidente en la costa norte y vertiente noroccidental del país (mayor incidencia en el primer semestre del año), pero la transmisión es permanente en la cuenca amazónica. En 1996 la población en áreas de alto riesgo fue de 2.382.035 personas (9,9% del total del país), mostrando una reducción respecto a la expuesta al riesgo en 1994 (15,9%). Ese mismo año, 77,9% de los casos notificados se concentraron en cinco regiones y subregiones de salud (Loreto, Jaén, Luciano Castillo, Junín y San Martín), y 88,4% de los casos por *P. falciparum* en las tres primeras; Loreto y Jaén notificaron 55,2% del total de los casos. La incidencia tendió a estabilizarse en 1996, cuando se observó un importante descenso en algunas áreas de alto riesgo situadas en la costa norte, pero persistió un comportamiento epidémico e inestable en la selva baja, específicamente en la región de Loreto (donde incluso afectó a la ciudad de Iquitos) y en la subregión de Jaén. La estratificación según IPA entre 1994 y 1996 reveló un incremento de 20,7 a 119,1 por 1.000 en Loreto y de 27,7 a 39,8 por 1.000 en Jaén. La proporción de casos por *P. falciparum* en 1996 fue de 32,2% en Loreto y 48,2% en Jaén. En dicho año se registraron 46 defunciones por malaria, 40 de las cuales ocurrieron en Loreto (87,0%). La resistencia de *P. falciparum* a la cloroquina fue de 20% a 26%, y a la sulfadoxina/pirimetamina, de 9,1%. La intensa migración interna, la incorporación de nuevas áreas de irrigación y de cultivo de arroz y algodón, la expansión del vector *Aedes darlingi* y las dificultades de gestión del programa de control en áreas de difícil accesibilidad contribuyeron a esta situación epidemiológica. Desde 1994 se impulsó la detección, el diagnóstico y el tratamiento, el control vectorial integral y selectivo, la prevención y el control de epidemias y la sistematización del análisis de la información operacional y epidemiológica. Entre 1994 y 1996 la cobertura de atención del programa aumentó de 41,4% a 75,0% en los servicios generales de salud, y la capacidad para la localización de casos febriles, examen y diagnóstico se incrementó 472%. La eficiencia de la administración del tratamiento se elevó en el mismo período de 63,2% a 83,1% para malaria por *Plasmodium vivax* y de 56,7% a 82,6% para malaria por *P. falciparum* resistente a la cloroquina.

En 1990 se produjo la primera epidemia de dengue clásico en el país, con 9.623 casos notificados. Las actividades de control permitieron disminuir la incidencia a 714 casos en 1991 pero, desde entonces, la tendencia ha sido creciente: 1.905 casos en 1992 y 2.837 en 1996. Los serotipos involucrados en el período 1990–1995 fueron el dengue 1 y, en menor medida, el dengue 4; se agregó el dengue 2 en 1995, aislado primero en Los Órganos (región Grau, norte del país), y en 1996 en otras áreas de la región nororiental y en la cuenca amazónica. Las áreas geográficas más afectadas son la costa norte (Tumbes y Luciano Castillo) y la selva nororiental y central (Loreto, Ucayali, Huánuco, Junín y San Martín), y en 1996 se registraron brotes en localidades nuevas que no eran consideradas endémicas (Jaén, Bagua y Juanjui); también en 1996 se estimó que la población en riesgo era de 2.750.000 personas.

La leishmaniasis afecta 24 subregiones de salud, en particular los departamentos de la sierra y de la selva. Entre 1960 y 1980 su tendencia fue relativamente estacionaria, con tasas de incidencia que varían de 6,5 a 8,4 por 100.000 habitantes. Desde 1985 hasta 1994 se observó una fase ascendente, con tasas de 12,7 a 40,0 por 100.000 habitantes. En 1995 se notificaron 7.343 casos (31,9 por 100.000 habitantes) y 7.756 (32,4 por 100.000 habitantes) en 1996, lo que indica un nuevo período de estabilización. En 1996, 86,7% de los casos correspondieron a la forma cutánea y 13,3% a la mucocutánea. Las subregiones más afectadas fueron Madre de Dios (1.071 casos) y Chachapoyas (659 casos). La forma cutánea andina afecta prioritariamente a los menores de 15 años, asociada a la rápida incorporación de este grupo de edad a las actividades de desbroce y preparación de áreas de cultivo en ambas vertientes de los Andes y a la transmisión peridomiciliaria. La forma mucocutánea es más frecuente en los mayores de 15 años, y está relacionada con la migración temporal o colonización de la selva alta y baja para actividades agrícolas y extractivas (oro, madera, petróleo) y trazado de vías de comunicación y cacería.

En 1995 la fiebre amarilla selvática alcanzó proporciones epidémicas con 503 casos notificados y una letalidad de 38,8%. Afectó predominantemente a agricultores de 15 a 44 años, de origen andino, en los departamentos de la selva central (Pasco, Junín y Huánuco). El gran incremento de la migración interna a partir de 1994 y la apertura de zonas de explotación agrícola e industrial en áreas enzoóticas han sido factores decisivos en la presentación de los brotes. La intensificación de las actividades de vacunación permitió reducir la incidencia a 86 casos y 34 defunciones en 1996. En abril de 1995 se incorporó la vacunación antiamarilica a las actividades regulares del Programa Ampliado de Inmunización.

En 1996 se estimó un total de 24.170 casos de enfermedad de Chagas en áreas endémicas (1.209 con formas agudas u oligosintomáticas y 22.961 con formas crónicas), principal-

mente entre personas de 20 a 54 años de edad. El área chagásica más importante se localiza al sur del país (departamentos de Ica, Arequipa, Moquegua, Tacna, Ayacucho y Apurímac), donde se ha detectado infestación intradomiciliaria por *Triatoma infestans* en 21 provincias y 90 distritos. En esta área geográfica, que representa 9% del territorio nacional y contiene 160.000 viviendas, habitan 473.918 personas (2% del país) expuestas a riesgo. Las encuestas de seroprevalencia en estas áreas han revelado tasas de infección de 0,7% a 12,0% en la población y de 3,0% a 12,0% en bancos de sangre. En 1996 el país elaboró normas nacionales y formuló planes regionales de control.

Desde 1945 hasta 1969 la tasa de incidencia de bartonelosis descendió de 9,6 a 0,25 por 100.000 habitantes, se mantuvo estable hasta 1974 y desde entonces ha aumentado progresivamente, hasta llegar a 3,34 por 100.000 habitantes en 1995. La bartonelosis afecta a los departamentos de Ancash, La Libertad, Cajamarca y Amazonas, con una población expuesta a riesgo de 1.687.236 personas, fundamentalmente en nichos ecológicos localizados entre los 1.000 y 3.200 metros sobre el nivel del mar. La incidencia es mayor en los menores de 15 años.

Enfermedades inmunoprevenibles. Desde 1990 las coberturas de vacunación en los menores de 1 año han superado 80%. En 1996 se alcanzó una cobertura de 96,9% con la vacuna antisarampionosa, 99,6% con BCG y 100% con la vacuna antipoliomielítica y DPT. La última epidemia de sarampión en el Perú ocurrió en 1992, cuando se registraron 22.605 casos con 263 defunciones (una letalidad de 1,8%). En 1995 se inició el programa de eliminación del sarampión con la vigilancia de las enfermedades febriles eruptivas y con actividades de vacunación casa por casa que permitieron vacunar a 96,8% de los niños de 9 meses a 4 años de edad. Se confirmaron 224 casos de sarampión en 1995 y 2 casos en 1996. Las acciones para eliminar el tétanos neonatal como problema de salud pública se iniciaron en 1991 mediante la identificación de distritos de riesgo, en los que se procedió a vacunar a las mujeres en edad fértil con toxoide tetánico (TT) y a capacitar a las parteras tradicionales y a los promotores de salud, tanto en la atención del parto como en la vacunación. Se notificaron 128 casos en 1994, 9 en 1995 y 46 en 1996, la mayoría provenientes de distritos de riesgo en la selva y en áreas urbanas marginales de la costa. Todos los casos eran hijos de madres que no habían recibido al menos dos dosis de TT y solo en 5% de ellos el parto había recibido atención institucional. Según la ENDES 1996, 70,1% de las madres que en los cinco años anteriores a la encuesta habían tenido hijos, habían recibido al menos una dosis de TT. El último caso confirmado de poliomiélitis de las Américas se presentó en el Perú en 1991, y hasta comienzos de 1997 el país continuaba manteniendo una adecuada vigilancia de

todos los casos sospechosos y cumpliendo con los indicadores internacionales de vigilancia. La difteria se encuentra bajo control; se notificaron 10 o menos casos anuales de la enfermedad desde 1992 hasta 1996, a excepción de 1993 cuando se notificaron 31 casos, la mayoría de ellos (24) correspondientes a un brote ocurrido en una zona rural del departamento del Cuzco. El Perú se ubica entre los países de endemicidad intermedia para el virus de la hepatitis B. Diversos estudios seroepidemiológicos han revelado que en la selva la endemicidad es media-alta, con prevalencias del antígeno de superficie (AgHBs) que varían de 2,5% en Iquitos a 20,0% en la población nativa; en la costa, el rango es de 1,0% a 3,5%; en la sierra entre 2,0 y 15,0%. Se destacan las áreas hiperendémicas de Huanta y Abancay, donde la prevalencia de AgHBs llega a 54,4% y la del virus de la hepatitis delta a 14% en escolares aparentemente sanos. En estas áreas, la transmisión horizontal en los niños es muy importante. En 1996 se inició la vacunación contra la hepatitis B en los menores de 1 año de edad residentes en las provincias de endemicidad alta y media (25% del total del país).

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales.

En 1996, la prevalencia puntual de diarrea —quince días previos a la encuesta— en los niños menores de 5 años fue de 17,9%, muy inferior a la de la encuesta de 1986 (31,9%). La prevalencia fue mayor en los niños de 6 a 23 meses de edad (29,0%), en el área rural (20,3%) y en la selva (25,6%). La gravedad de la enfermedad diarreica, expresada por la proporción de casos con deshidratación y deshidratación grave, disminuyó de 34% y 4% en 1994 a 25,5% y 1,5% en 1996, respectivamente. Según la Encuesta Nacional de Hogares del cuarto trimestre de 1995, 92% de los niños menores de 5 años con diarrea recibieron la terapia de rehidratación oral. Por otro lado, la proporción de casos de diarrea que recibieron tratamiento adecuado en los servicios de salud del Ministerio de Salud aumentó de 7% en 1993 a 25,4% en 1996.

La aparición del cólera a inicios de 1991 puso en evidencia las serias deficiencias en la provisión de agua potable y saneamiento básico. Desde entonces la enfermedad ha mostrado una tendencia decreciente (322.562 casos sospechosos en 1991, 71.448 casos en 1993 y 4.369 casos en 1996) y se ha presentado preferentemente en mayores de 15 años de edad. El departamento con la tasa más alta de cólera en 1996 fue Ucayali, con 239 casos por 100.000 habitantes. La letalidad promedio se mantuvo desde el inicio en 0,09%; sin embargo, se han notificado cifras más altas en brotes en áreas con acceso limitado a los servicios de salud. La vigilancia nacional de cepas de *Vibrio cholerae* indica la ausencia de la serovariedad O139. En el Perú el cólera es endémico y se presentan casos aislados de la enfermedad entre diciembre y marzo en la costa y entre junio y octubre en la selva.

Enfermedades crónicas transmisibles. La tuberculosis fue en aumento de 1985 a 1992, año en que se inició la tendencia descendente, mantenida hasta 1996. La notificación de casos ha mejorado sustancialmente a partir de 1991. En 1996 se diagnosticaron y trataron 47.498 casos en todo el país; la tasa de prevalencia descendió de 256,1 por 100.000 habitantes en 1992 a 227,9 en 1995 y 198,4 en 1996. La tasa de incidencia descendió de 243,2 por 100.000 habitantes en 1992 a 162,1 en 1996. El grupo de edad más afectado fue el de 15 a 44 años y la proporción de casos bacilíferos detectados en menores de 15 años fue de 4,8%. La tasa de incidencia de meningococcal tuberculosis infantil disminuyó de 2,01 por 100.000 habitantes en 1993 a 1,57 en 1995. La mortalidad experimentó un leve descenso de 5,2 a 4,9 por 100.000 habitantes entre 1992 y 1995, reducción que se manifiesta en todos los grupos de edad y es más evidente en los más jóvenes. En 1997 se inició la primera encuesta de riesgo anual de infección. Según el estudio de vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos en el Perú 1995–1996, la resistencia a una droga fue de 15,4% y la resistencia a múltiples drogas, de 2,4%. En 1990 solo 25% de los servicios de salud llevaban a cabo actividades de diagnóstico y tratamiento; en 1996, 96,0% garantizaban el acceso gratuito a esa atención. El número de baciloscopias se quintuplicó entre 1990 y 1996 (211.000 y 1.160.000, respectivamente). En la década de 1980 solamente 50% de las personas diagnosticadas culminaban su tratamiento, mientras que en 1996 el promedio nacional de curados fue de 90,9%; la evaluación de la eficiencia a través del estudio de cohortes mostró un aumento de 74,1% en 1991 a 90,9% en 1996. El porcentaje de abandono disminuyó de 13,8% en 1991 a 4,2% en 1996.

La tasa de prevalencia de lepra en áreas endémicas de la selva en 1995 fue de 0,9 por 10.000 habitantes, y la de incidencia, de 0,35 por 10.000 habitantes, más altas que en 1993 (0,6 y 0,1, respectivamente), debido principalmente a una mejoría en la detección de casos nuevos. Los departamentos más afectados fueron Ucayali y Loreto. De los 240 casos registrados en 1995, 195 fueron multibacilares (81,3%) y 45 paucibacilares (18,8%). El 14,4% de los 90 casos nuevos corresponde a menores de 15 años, lo que indica transmisión reciente de la enfermedad. El 13,3% tiene incapacidad de grado II, lo que sugiere un diagnóstico tardío; este porcentaje es inferior al de 1993 (20,4%).

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de mortalidad en la niñez; se estima que cada año producen cerca de 12.000 defunciones de menores de 5 años, de las cuales una alta proporción se debe a neumonía. Las infecciones respiratorias agudas representan la primera causa de demanda de atención en los servicios de salud, con más de 40% del total de atenciones y 30% de las hospitalizaciones en ese grupo de edad. La incidencia más alta de neumonía se registra en la sierra

(Pasco y Apurímac) y en la selva (Jaén, Madre de Dios y Amazonas). Entre octubre y noviembre de 1995 una encuesta sobre calidad de atención en los servicios de salud determinó que 39,2% de los casos de infecciones respiratorias agudas recibieron tratamiento correcto en consultorios externos de hospitales, centros y puestos de salud.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Desde su detección en el Perú en 1983, la infección por VIH/sida experimenta un crecimiento acelerado. El número acumulado de casos de sida hasta agosto de 1997 fue de 6.443; el número estimado de casos es de 10.000 para el sida y 70.000 para la infección por VIH. La presencia de VIH/sida se constata en todo el país, aunque es más intensa en las grandes ciudades, en particular Lima y Callao. Predomina la forma de transmisión sexual, que representa 95,4% del total acumulado de casos; la transmisión sanguínea representa 2,4% y su tendencia es descendente; la transmisión perinatal representa 2,2% y su tendencia es ascendente. Cambios relevantes en el patrón de transmisión son el incremento de la transmisión heterosexual y la afectación creciente de mujeres y jóvenes; la razón hombre/mujer fue de 20:1 en 1985 y 3:1 en 1997. En el mismo período, la edad mediana al diagnóstico de sida pasó de 38 a 29 años, sugiriendo que la infección por VIH ocurre a edades cada vez más tempranas. Desde 1994 el Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida ha puesto en práctica nuevas estrategias de control dirigidas al mercadeo de preservativos, la modificación de comportamientos de riesgo y el manejo sindrómico de otras enfermedades. Asimismo, el Ministerio de Salud instituyó un programa de administración gratuita de AZT a gestantes infectadas y a sus recién nacidos, e impulsó actividades para la eliminación de la sífilis congénita y el tamizaje obligatorio en bancos de sangre. En 1997 se promulgó la Ley 26626 y su Reglamento que establece el marco normativo para el desempeño de estas actividades, así como la explícita defensa de los derechos de las personas con VIH/sida.

Rabia y otras zoonosis. En el cuatrienio 1993–1996 se notificaron 112 defunciones por rabia, de las cuales en 65 (58%) la fuente de infección fueron los perros y 47 (42%) los murciélagos hematófagos. En las zonas urbanas marginales de las grandes ciudades se comunica el mayor número de casos de rabia humana por mordeduras de perros; los hombres y el grupo en edad escolar son los más afectados. La rabia humana transmitida por murciélagos hematófagos es un serio problema en la selva amazónica por la intrusión del hombre en el hábitat de los murciélagos. En el período 1993–1996 se registraron 1.582 casos de rabia canina.

Entre 1990 y 1992 se notificaron 460 casos de carbunco (ántrax); el mayor número de casos (223) se registró en 1992, en 1993 y 1994 no se notificaron casos, en 1995 se comunica-

ron 25 y en 1996, 12 casos. Los departamentos que periódicamente presentan casos de carbunco son Lima e Ica, así como la Provincia Constitucional del Callao.

La brucelosis se limita a ciertas regiones del país y se relaciona con el consumo de queso fresco producido artesanalmente con leche de cabra infectada. En 1993–1995 se notificaron 3.606 casos y en 1996, solo en Lima, 274 casos.

El área endémica de peste está circunscripta a cuatro departamentos del norte del país: Piura, Cajamarca, Lambayeque y La Libertad, donde periódicamente se presentan brotes en los valles interandinos. En octubre de 1992 se inició un brote de peste bubónica que se extendió a 122 localidades de 31 distritos de los cuatro departamentos. De 1994 a 1996 se notificaron 1.288 casos y 54 defunciones, la mayoría en el departamento de Cajamarca. La presentación de los casos se relaciona con la proliferación de roedores silvestres por saneamiento ambiental deficiente, y con la pobreza de las viviendas.

La hidatidosis humana se presenta en la región andina (Pasco, Huancavelica, Junín y Puno), donde predomina la crianza de ganado ovino en estrecha convivencia con canes infestados con el parásito adulto. De 1993 a 1995 se diagnosticaron 4.829 casos de hidatidosis, particularmente en sus formas pulmonar y hepática.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. En 1996, 7,9% de los niños menores de 5 años presentaban déficit de peso para la edad y 1,1% déficit de peso para la talla, cifras discretamente inferiores respecto a 1992 (10,8% y 1,4%, respectivamente). La insuficiencia de talla para la edad afectó a 25,9% de los niños menores de 5 años, pero en los niños próximos a cumplir los 5 años llegó a 30,5%. La alta prevalencia de desnutrición crónica puede atribuirse a una ingesta inadecuada, a la mala utilización de los alimentos y a episodios infecciosos frecuentes y prolongados que desencadenan el círculo vicioso de desnutrición-infección. En las áreas rurales se encuentra el nivel más alto de desnutrición crónica (40,6%); por el contrario, en el área metropolitana de Lima la cifra alcanza a 10,1%. La prevalencia es de 17,1% en la costa, de 37,9% en la sierra y de 33,3% en la selva. Asimismo, 50,5% de los hijos de madres sin educación y 5,3% de los de madres con educación superior tienen desnutrición crónica. No existen datos actualizados sobre deficiencia de vitamina A y hierro; un estudio realizado en Piura en 1991 encontró que 32,8% de los niños menores de 6 años presentó niveles séricos de vitamina A inferiores a 20 $\mu\text{g}/\text{dl}$. En 1987 se estableció que la deficiencia de yodo era endémica en la mayor parte de las provincias de la sierra y de la selva

del país; en 1990, 70% de la sal consumida en el país estaba yodada. En 1995, la Encuesta Nacional de Hogares del cuarto trimestre reveló que 93,9% de la población consumía sal yodada.

En el Perú existe una alta prevalencia de la práctica de la lactancia materna. Sin embargo, el período de lactancia materna exclusiva es muy limitado. La suplementación con otros líquidos y alimentos —generalmente preparados en malas condiciones higiénicas— ocurre a edades tempranas. En 1996, 38,9% de los niños menores de 3 meses de edad ya recibían alimentos suplementarios, y entre los 4 y 6 meses de edad solo 32,3% continuaba con lactancia exclusiva, porcentaje que disminuyó a 5,6% en los niños de 7 a 9 meses de edad.

Estudios realizados en tres zonas de la costa establecieron la prevalencia de diabetes entre 7% y 8%, y la de hipercolesterolemia, entre 14% y 42%.

Enfermedades cardiovasculares. La mortalidad proporcional por enfermedades del aparato circulatorio varió entre 1980 y 1992 de 11,8% a 19,4% del total de defunciones por causas definidas; las tasas estimadas de mortalidad por estas enfermedades para el período 1990–1992 fueron de 186 y 209 por 100.000 habitantes, en hombres y mujeres, respectivamente. La prevalencia de la hipertensión arterial en adultos se estimó en 17% en la costa y en alrededor de 5% en la sierra y en la selva, aunque estudios efectuados en tres zonas de la costa mostraron prevalencias de 15% a 34%.

Tumores malignos. No se dispone de datos sobre incidencia y prevalencia de nivel nacional, aunque se cuenta con información proveniente de dos sistemas regionales de registro, uno del área metropolitana de Lima y otro de la ciudad de Trujillo. En Lima, la tasa de incidencia fue de 88,3 por 100.000 habitantes en 1968 y 112,3 en 1990–1991. La tasa de mortalidad por cáncer en 1990–1992 se estimó en 113 y 138 por 100.000 habitantes, en varones y mujeres, respectivamente. Según los registros de cáncer de Trujillo (1988–1989) y Lima (1990–1991), las neoplasias malignas más frecuentes en los hombres son las de estómago, próstata y pulmón; en las mujeres, las de útero, mama y estómago. En los varones, entre 1968 y 1991 la frecuencia de cáncer de estómago disminuyó 37% y la del de próstata aumentó 48%; en las mujeres, el cáncer de cuello uterino disminuyó 32% y el de mama aumentó 43% en el mismo período.

Accidentes y violencia. Los homicidios (12 por 100.000 habitantes) y los accidentes de tráfico, junto con diversas formas de violencia contra el niño, el adolescente y la mujer, constituyen un serio problema de salud pública en el Perú. En los adultos, los accidentes son la causa más frecuente de hospitalización y consulta en los servicios de emergencia de los

hospitales. Entre 1980 y 1995, la Policía Nacional registró cerca de 990.000 accidentes de tráfico, con 320.000 víctimas y una letalidad de 12,3%.

Salud oral. En 1996, 95% de los niños de 3 a 14 años presentaron caries dental, 85% enfermedad periodontal y 75% maloclusión. En los niños de 6 a 14 años, el promedio de dientes afectados en forma permanente por caries dental fue 6, con una pérdida prematura de los primeros molares permanentes de 45% a 50%. En ese año, el Ministerio de Salud puso en marcha un programa que promueve la aplicación tópica de flúor como parte de la atención integral de salud al niño.

Salud ocular. Se estima que 10% de la población total del país presenta defectos refractivos; en la población escolar de algunas zonas del país esta proporción se eleva hasta 15%. La prevalencia de ceguera en los adultos mayores de 60 años se estima en 3,4%. Por otra parte, unas 300.000 personas sufren severa disminución de la agudeza visual debido a cataratas no operadas y 6 de cada 10.000 niños son ciegos por causas prevenibles o curables como catarata y glaucoma congénitos o retinopatía del prematuro.

Desastres naturales. Por su ubicación en el Círculo de Fuego del Pacífico, el Perú está expuesto a los efectos de sismos y volcanes; se considera que 80% de la población está en riesgo de sufrir daños causados por sismos; Lima, Callao, la frontera sur —especialmente Tacna, Ilo, Cuzco y la región amazónica— son los lugares más vulnerables. La orografía del país se asocia con frecuentes deslizamientos de laderas; la ocupación de terrenos peligrosos, la tala indiscriminada de bosques y la explotación minera sin planificación adecuada incrementan el riesgo, y el Instituto Nacional de Defensa Civil considera que 35% de la población está expuesta a esta amenaza.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Aunque el país todavía enfrenta serios problemas sociales, se ha logrado la estabilidad política y económica necesarias para proponer políticas sociales de mediano plazo, en el marco de la reforma del Estado. El objetivo general de la política social de mediano plazo para el año 2000 es la focalización del gasto público y la meta operativa es la reducción de los niveles de pobreza extrema en 50%. En este contexto, el Programa de Gasto Social Básico desarrolla programas específicos en educación, salud, alimentación y justicia. En salud, el Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT) funciona desde 1994 y tiene como objetivo elevar la capacidad resolutoria de los estableci-

mientos del primer nivel de atención, comenzando con los que se ubican en las zonas de mayor pobreza; en 1996, la ejecución presupuestaria del PSBPT representó 21% del total de la ejecución del Ministerio de Salud. En 1995 el Ministerio definió los lineamientos políticos del sector salud para el período 1995–2000, a saber: acceso universal a los servicios de salud pública y a la atención individual, dando prioridad a los más pobres en su acceso a un conjunto básico de paquetes de prestaciones de salud; modernización del sector en aspectos tecnológicos, gerencia, sistemas de información y desarrollo institucional; reestructuración de las funciones de financiamiento, prestación y fiscalización para desarrollar competitividad a fin de mejorar la accesibilidad y calidad; prevención y control de los problemas urgentes de salud, y promoción de condiciones y modos de vida saludables a través de acciones sectoriales y multisectoriales.

En junio de 1997 se promulgó la Ley General de Salud, que asigna al Estado la responsabilidad irrenunciable de proveer servicios de salud pública y de promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones a la población en términos de seguridad, oportunidad y calidad. Define a la provisión de servicios de salud como de interés público, cualquiera sea la institución que los provea. Además, el Estado debe vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición, salud mental y salud ambiental, así como los de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre y del anciano en situación de abandono social. El financiamiento del Estado se orientará preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud público o privado. Finalmente, expresa la voluntad del Estado por promover el aseguramiento universal y progresivo de la población.

La reforma del sector salud

Desde 1995 se desarrolla un proceso de reestructuración global del aparato del Estado, tendiente a promover la eficiencia en la función pública. Teniendo como marco los lineamientos de políticas de salud anteriormente mencionados, así como la reestructuración de las funciones públicas dadas por la reforma del Estado, el Ministerio de Salud ha explicitado las siguientes políticas para la reforma del sector público de salud: mejorar la equidad en la atención de salud optimizando la asignación, programación y empleo de recursos a través de la reestructuración de la función financiera; desarrollar el sistema de identificación de usuarios y el paquete básico como instrumentos de focalización del gasto en salud; desarrollar la capacidad de gobierno de acuerdo con el nuevo entorno en el sector público a nivel central y local, así como la

función de regulación del mercado de servicios de salud; mejorar la administración, gestión y calidad de los servicios públicos de salud mediante la organización en redes de los establecimientos públicos de salud del primero y segundo nivel; implantar un programa de modernización de la gestión de los hospitales públicos nacionales y regionales, así como de los institutos especializados.

Mientras que el Ministerio de Salud se concentrará en la formulación de políticas, planeamiento estratégico, regulación y control sanitario, se crearán organismos con funciones especializadas para la administración financiera de los recursos y para las redes de establecimientos públicos de servicios de atención básica de salud, que contarán con sus propias unidades de gerencia descentralizada. El proceso de reforma ha recibido un fuerte apoyo por parte de las agencias de cooperación internacional, en particular de los proyectos Fortalecimiento de Servicios de Salud (BID), Perú 2000 (USAID) y Salud y Nutrición Básica (Banco Mundial). En 1997 se promulgó la Ley de Modernización de la Seguridad Social, que flexibiliza el monopolio público en la provisión de la atención médica de los asegurados del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) con el objetivo de mejorar la calidad y cobertura de los servicios, y permite la libertad de afiliación de los asegurados a proveedores privados, denominados empresas prestadoras de servicios de salud. El proceso busca desarrollar el mercado de servicios de salud para aumentar la cobertura de la población de menores ingresos, mejorar la calidad de los servicios y estimular la eficiencia en la asignación de los recursos.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El sector salud está conformado por instituciones que pertenecen al sector público (Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, Beneficencia), otras correspondientes a seguros y prestadores privados y, finalmente, por instituciones que no tienen fines de lucro. Según el II Censo de Infraestructura Física y Recursos del Sector Salud, en 1995 el país contaba con 7.304 establecimientos de salud, de los cuales 5.931 (81%) pertenecían al Ministerio de Salud; de estos, 134 eran hospitales, 1.028 centros de salud y 4.762 puestos de salud. Considerando que en 1992 existían 4.630 establecimientos, en solo cuatro años hubo un incremento global de 63,4% que fue de 61,1% para los establecimientos del primer nivel de atención. Cabe señalar que dicha tendencia se debió al amplio programa de inversiones que se realiza en el país, principalmente mediante el Programa de Salud Básica para Todos y del Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud.

En 1995 existía una cama por 767 habitantes, cifra que revela un aumento respecto a 1992, en que había una cama por 835 habitantes. Sin embargo, hay zonas del país con una cama por 1.680 habitantes, y otras con una por 220 habitantes. En Lima existe una cama por 666 habitantes, y en el resto del país una por 1.250 habitantes.

Entre 1992 y 1996 la disponibilidad de médicos aumentó de 7,6 a 9,8 por 10.000 habitantes, el personal de enfermería de 5,2 a 6,2 por 10.000 y los odontólogos de 0,7 a 1,1 por 10.000 habitantes. Si bien estos promedios nacionales reflejan una disponibilidad aceptable de recursos humanos a nivel sectorial, uno de los principales problemas es el de distribución inequitativa, ya que los departamentos con mayor nivel de pobreza son los que presentan la menor disponibilidad de personal de salud. Así por ejemplo, en Huancavelica, Apurímac y Cajamarca la tasa de médicos por 10.000 habitantes es de 2,8, 2,8 y 3,1, respectivamente, en tanto que en Callao, Lima y Arequipa, la tasa es de 22,9, 17,3 y 14,5, respectivamente. Para compensar esta distribución inadecuada el Gobierno, mediante el Programa de Salud Básica para Todos, contrata personal para atender a la población de las zonas de mayor pobreza del país. Por su importancia en la organización y gestión de los servicios de salud, cabe resaltar la creación de los denominados comités locales de administración de salud, los cuales están integrados por personas de la comunidad y el personal de los centros y puestos de salud. El Estado transfiere recursos financieros a estos comités para la contratación de personal y otros gastos de operación de los establecimientos que tienen a su cargo; además, estos comités desempeñan un papel relevante en la programación local, en la gestión y gerencia de los recursos, en la evaluación de los servicios y en la valoración del desempeño del personal, por lo cual se han convertido en una pieza clave en el proceso de descentralización.

De la población cubierta por el Ministerio de Salud, 31,9% utilizó los servicios en 1993 y cada usuario recibió 2,3 consultas; en el IPSS estos valores fueron de 35,9% y 4,3 en 1994. Un problema que afecta al Ministerio de Salud es el llamado de "subsídios cruzados", ya que sus escasos recursos se emplean en la atención de personas que tienen acceso a otros sistemas de salud. Así por ejemplo, en 1994 el Ministerio atendió a 20% de los asegurados por la Sanidad de las Fuerzas Armadas, a 13% de los asegurados por el IPSS y a 9,8% de las personas que cuentan con seguro privado. Por otra parte, el grado de organización que tienen algunos sistemas todavía es insuficiente; por ejemplo, en el Ministerio aún no se han implantado programas regulares de conservación y mantenimiento preventivo, y en el IPSS estos se encuentran centralizados. La información sobre producción de servicios y la de tipo epidemiológico es incompleta, no siempre es oportuna ni totalmente compatible entre proveedores, y su difusión es limitada.

Utilización y demanda de los servicios de salud

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares de 1995, 29% de los entrevistados declaró haber presentado algún síntoma de enfermedad o accidente dentro de los 15 días previos a la encuesta. De ellos, 94% padeció síntomas de enfermedad mientras que 6% expresó haber sufrido algún accidente. La proporción de síntomas de enfermedad o accidente es mayor en las mujeres (55%), en los niños y en los adultos mayores (26%). Se observó una relación entre menor ingreso y mayor padecimiento de síntomas (16% en el quintil de mayor ingreso y 28% en el quintil de menor ingreso), y una relación inversa entre el nivel educativo y el padecimiento de enfermedad o accidente (69% en los de educación primaria y 10% en los de educación superior). El 58% de la población que manifestó haber tenido algún síntoma de enfermedad o accidente no realizó ninguna consulta (51% de la población urbana y 69% de la rural), y 65% de ella expresó como principal motivo la falta de recursos económicos. La decisión de consultar estuvo asociada con el nivel educativo (54% en los de educación superior y 40% en los de educación primaria) y con el nivel de ingreso (56% en el quintil de mayor ingreso y 29% en el de menor ingreso). Los niveles de ingreso de las personas afectadas influyeron en el tipo de personal e institución consultada: los de mayor ingreso prefirieron la consulta privada y los de menor ingreso recurrieron mayormente a establecimientos del Ministerio de Salud, farmacias y curanderos. No obstante, la consulta en farmacias era práctica habitual en todos los niveles de ingreso. De acuerdo con las ENNIV de 1991 y 1994, aumentó la participación del sector público (Ministerio e IPSS) y de las farmacias como proveedores de servicios de salud, a costa de una menor participación de las clínicas y consultorios privados. La recesión económica que se prolongó hasta 1992, los niveles de pobreza, subempleo y desempleo permiten explicar la disminución del sector privado (clínicas y hospitales) en la captación de usuarios, ya que es posible suponer que parte del grupo de ingresos medios reorientó su demanda del proveedor privado al público.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. En el Perú, muchos de los problemas de salud individual, familiar y comunal están relacionados con prácticas, hábitos y comportamientos no saludables y con las condiciones de pobreza en que vive un alto porcentaje de la población. Durante mucho tiempo, la promoción y protección de la salud no ha tenido prioridad entre las políticas del sector. Desde 1995, dentro del marco de los

lineamientos de políticas de salud, el Ministerio de Salud destaca la promoción de condiciones y modos de vida saludables, orientados a mejorar la calidad de vida de la población. En 1996 el Ministerio de Salud propulsó la Iniciativa de Comunidades Saludables para el Desarrollo Humano Sostenido, en la que la participación comunal y la comunicación social son sus principales estrategias. El manejo del embarazo en las adolescentes, la violencia contra los niños, la gestión ambiental y la prevención de enfermedades transmisibles fueron parte importante de las actividades realizadas.

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. El sistema nacional de vigilancia epidemiológica está constituido por 2.690 establecimientos de salud (208 hospitales, 924 centros de salud, 1.504 puestos de salud y 54 de otro tipo), 33 Direcciones de Epidemiología y una Oficina General de Epidemiología, en los tres niveles del Ministerio de Salud: local, subregional y central. Este sistema vigila y notifica en forma semanal 15 enfermedades de importancia para la salud pública: cólera, peste, fiebre amarilla, malaria por *P. falciparum*, dengue, rabia humana, meningitis meningocócica, sarampión, parálisis flácida aguda, tétanos neonatal, tétanos del adulto, difteria, tos ferina, sida y tífus exantemático. Asimismo, se cuenta con una red de laboratorios de salud pública conformada por un laboratorio de referencia nacional (Lima) y 11 de referencia regional (Piura, Chiclayo, Cajamarca, Iquitos, Tarapoto, Huancayo, Ayacucho, Cuzco, Arequipa, Tacna y Puno). Los laboratorios regionales se encargan básicamente de realizar serología con ELISA y cultivos bacterianos para el diagnóstico de enfermedades transmisibles. El laboratorio nacional realiza además aislamiento viral y, en su laboratorio de biología molecular, pruebas de reacción en cadena de la polimerasa.

En 1995, el tamizaje serológico fue parcial para las distintas enfermedades de riesgo transfusional. La cobertura fue de 60% para VIH, AgHBs y sífilis, y de 4% para la enfermedad de Chagas. La prevalencia de infección en bancos de sangre fue de 0,28% para VIH, 0,70% para AgHBs, 1,21% para sífilis y 0,03% para la enfermedad de Chagas. En 1994 se promulgó la Ley 26454 —y su Reglamento en 1995— que declaró de orden público la obtención, donación, transfusión y suministro de sangre humana; en 1996 se estableció el Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre en el Ministerio de Salud.

Protección y control de los alimentos. El país no cuenta con un programa integrado de protección de alimentos. Cada sector (agricultura, salud, comercio e industria, y gobiernos locales) tiene normas sobre protección de alimentos que muchas veces se superponen y otras dejan vacíos. En los últimos años ha proliferado la venta callejera de alimentos; existen aproximadamente 60.000 vendedores callejeros de alimentos en Lima. Muchos de los puestos de venta callejera no cuentan

con acceso a servicios sanitarios en las cercanías y no tienen acceso a agua potable. Las enfermedades transmitidas por alimentos representaban, en promedio, 35% del total de las enfermedades transmisibles notificadas hasta 1990. En 1991, el porcentaje de enfermedades transmitidas por alimentos aumentó a 56,15% por la presencia del cólera. En 1996 y 1997 se notificaron casos de botulismo por el consumo de alimentos en conserva deficientemente manipulados durante el proceso de envasado.

Salud ambiental. El modelo del sistema de manejo ambiental es sectorizado. La Ley del Consejo Nacional del Ambiente, Ley 26410, define como organismo rector de la política nacional al Consejo Nacional del Ambiente, organismo descentralizado que depende del Presidente del Consejo de Ministros y que tiene por finalidad planificar, coordinar, controlar y velar por el ambiente y el Patrimonio Natural de la Nación. La Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), del Ministerio de Salud, es el órgano técnico de nivel nacional encargado de dictar normas, evaluar y concertar con los gobiernos locales y con los otros sectores los aspectos de protección del medio ambiente, saneamiento básico, higiene alimentaria, control de zoonosis y salud ocupacional. El Instituto Nacional de Protección del Medio Ambiente para la Salud tiene como función formular normas y políticas de protección ambiental. En lo que se refiere específicamente a los servicios de agua potable y alcantarillado, la Superintendencia Nacional de Agua y Saneamiento, del Ministerio de la Presidencia, tiene como función garantizar a los usuarios la prestación de los servicios de agua potable, alcantarillado sanitario y pluvial y disposición de excretas, y está facultada para promover el desarrollo, y fiscalizar y evaluar el desempeño de las entidades prestadoras de servicio de saneamiento en el país. Por otro lado, el Proyecto Especial Programa Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (PRONAP) centraliza la mayor parte de las inversiones para agua y saneamiento. En cuanto al área rural, no existe en el Ministerio de la Presidencia un organismo que defina la política ni los montos de inversión para saneamiento. En el área rural actúan principalmente el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social, el Programa de Apoyo al Repoblamiento y el PRONAP. Respecto a los servicios de limpieza pública, estos son manejados por los propios municipios que contratan u otorgan la concesión de los mismos a empresas privadas.

Riesgos derivados del medio ambiente. La pérdida de calidad del agua es crítica en algunas regiones del país y se debe fundamentalmente a la contaminación por efluentes provenientes de las actividades productivas de la industria, sobre todo la industria minero-metalúrgica, y por los desechos domésticos y agroquímicos. Solo en Lima y Callao se

descargan cerca de 15 m³/s de aguas residuales no tratadas al mar. Con todo, se encuentran en elaboración estudios y proyectos para la descontaminación del litoral en Lima y se reconoce la necesidad de implantar un sistema de vigilancia de la calidad del agua a nivel nacional que enfoque el problema de manera integral y en el que participen en forma activa todos los sectores productivos del país. Actualmente se trabaja en dos cuencas del país (Santa y Rímac) con este enfoque integrado. También se cuenta con el Programa de Protección de Zonas Costeras y Playas, que tiene a su cargo la vigilancia sanitaria en 70 playas de todo el país.

La calidad del aire es deficiente en algunas zonas del país, como el área metropolitana de Lima y zonas industriales de Chimbote, Ilo y Cerro de Pasco. Las causas principales de este deterioro son el desarrollo industrial no acompañado de la prevención o el control adecuados de la contaminación, y el incremento y mal estado del parque automotor. Mediciones realizadas durante todo el año 1996 en el centro de Lima indican que la concentración promedio anual de partículas totales en suspensión es de 270,48 µg/m³ (límite permisible: 150 µg/m³), y la concentración promedio anual de dióxido de nitrógeno es de 142,9 µg/m³ (límite permisible: 100 µg/m³). Las concentraciones de plomo y de dióxido de azufre se encuentran dentro de los límites permisibles, con 0,415 µg/m³ y 0,0424 ppm (límites permisibles: 0,5 µg/m³ y 0,06 ppm, respectivamente). En Ilo, mediciones efectuadas por DIGESA indican que la concentración de óxidos de azufre excede los valores establecidos por la OMS.

La calidad ambiental del suelo presenta problemas en diversas zonas del país. En la costa se produjo un aumento de la superficie de tierra salinizada por el uso deficiente del agua y el deterioro de los bosques secos por la tala indiscriminada y el sobrepastoreo con ganado caprino. En la sierra el deterioro de las tierras agrícolas se debe a prácticas de cultivo inapropiadas y la consecuente destrucción de la capa de protección en las laderas. En la selva la deforestación va en aumento debido a la creciente explotación agrícola.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares de 1995, 82,4% de los hogares en situación de pobreza extrema ocupan viviendas con piso de tierra, 56,7% tienen paredes de adobe o tapia, 31,9% tienen techo de calamina y 10% tienen techo de paja. En los hogares no pobres, 67,1% tienen piso de cemento, parquet, madera o loseta, 51,3% tienen paredes de ladrillo o bloque de cemento y 37% tienen techo de concreto.

No existe un organismo encargado de la vigilancia de la gestión de sustancias químicas en el país, desde su generación hasta su disposición final, y estas funciones las cumplen diversos órganos de gobierno. Sin embargo, en 1996 se conformó un grupo de trabajo multisectorial para estructurar el sistema nacional de manejo de sustancias químicas. El Sistema Nacional de Defensa Civil está encargado de organizar los operati-

vos en caso de contingencias, y el país cuenta con un Centro de Información Toxicológica y un sistema de información telefónica de emergencias que brindan atención permanente.

Servicios de agua potable y alcantarillado. La prestación de los servicios de abastecimiento de agua potable tiene muchas limitaciones que inducen a que la población se abastezca de diversas fuentes y a que almacene el agua en condiciones inadecuadas. En el área urbana, 66,1% de la población es servida por red pública dentro de la vivienda, 8% por red pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio, 7,7% por pileta pública, 3,7% por pozo, 12,1% por camión cisterna y 2,4% por cursos de agua. El abastecimiento es intermitente en la mayor parte del país. Solo 8% del abastecimiento es continuo, 73% de la población es abastecida durante 16 a 20 horas al día, 18% durante 6 a 15 horas y 1% durante 0 a 5 horas. De 9.531 muestras de agua analizadas entre 1990 y 1996 en varias ciudades del país, 7.633 (80,1%) tenían cloro residual superior a 0,1ppm; de ellas, 3.069 (32,2%) tenían cloro residual superior a 0,4 ppm. En el área rural, 13,2% de la población es servida por pileta pública, 27,3% por pozo, 7,0% por camión cisterna y 52,5% por cursos de agua. En cuanto al desagüe, según la ENAHO-IV95, 47,4% de la población cuenta con alcantarillado y 21,95% con letrina. En el área urbana, cerca de 66% está servida por alcantarillado y cerca de 20% tiene letrina, mientras que en el área rural, cerca de 9% de la población es servida por alcantarillado y 24% tiene letrina.

Servicios de manejo de residuos sólidos. Si bien existen limitaciones para obtener información sobre estos servicios, se han calculado promedios a partir de algunos estudios. Así, se estima que 48% de las vías pavimentadas de las diferentes localidades del país cuentan con servicios de barrido, y que entre 60% y 65% de la población tiene cobertura de recolección de residuos. En cuanto a disposición final de residuos, con excepción del área metropolitana de Lima, que dispone de rellenos sanitarios, y de Piura y Trujillo que, aunque con problemas operativos, tienen también algún tipo de relleno, las ciudades utilizan vertederos sin ninguna condición sanitaria o arrojan los residuos a los cursos de agua. El país no dispone de sistemas adecuados de tratamiento de residuos hospitalarios, la incineración es muy limitada e ineficiente y no existen rellenos donde disponer dichos residuos peligrosos en forma segura.

Insumos para la salud

La Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), del Ministerio de Salud, es el organismo de regulación y control de medicamentos en el Perú. En 1994, el valor

del mercado farmacéutico (precios de fábrica) se estimó en US\$ 60 millones para el sector público y US\$ 422 millones para el privado. La apertura del mercado y la liberalización de los precios que imperan desde fines de 1990 han posibilitado una amplia oferta de medicamentos. Según la DIGEMID, 43% de los 7.447 medicamentos genéricos y de marca registrados en agosto de 1995 correspondían a productos nacionales y 56,7% a productos extranjeros. La industria farmacéutica peruana importa algo más de 90% de las materias primas para los procesos de fabricación, y la única empresa quimiofarmacéutica existente produce dos antibióticos betalactámicos que son comercializados mayormente en el exterior. En 1992-1993, de 56 laboratorios inspeccionados (de 65 registrados), solo 25% cumplían las buenas prácticas de manufactura; de las 312 droguerías e importadoras visitadas, 33% presentaban condiciones deficientes de almacenamiento. Por último, la venta callejera de medicamentos constituye un problema creciente en el país: productos falsificados y adulterados llegan a veces a las redes formales de distribución.

El Perú ha sido un país pionero en aplicar programas de medicamentos esenciales. La Lista Básica de Medicamentos Esenciales fue revisada por última vez en 1992 y se aplica hoy en forma limitada. Desde 1994 existe el Programa de Administración Compartida de Farmacias, que provee un conjunto de 63 medicamentos esenciales de bajo costo a cerca de 1.000 centros y 4.500 puestos de salud del primer nivel de atención y que tiene como estrategias principales la autonomía administrativa subregional, la administración de fondos rotatorios y la participación comunitaria. A fines de 1995 el programa se había establecido en 100% de las subregiones, con una cobertura aproximada de 12 millones de personas y con ventas anuales que alcanzaban US\$ 12,6 millones (en el Ministerio de Salud la gratuidad es únicamente para pacientes atendidos en los programas de control y para personas indigentes). Por su parte, el IPSS, con un presupuesto anual de US\$ 50 millones para medicamentos (1996) y unos 6 millones de asegurados, cuenta con un sistema propio de abastecimiento de medicamentos basado en un listado diferenciado por niveles de atención. La práctica de sustitución genérica en el sector privado y público se observa en 35% y 70% de los casos, respectivamente, según una evaluación rápida de la situación farmacéutica nacional realizada entre octubre y diciembre de 1996. Asimismo, en los establecimientos del Ministerio de Salud el promedio de medicamentos prescritos en consultorios es de 1,9, el porcentaje promedio de medicamentos prescritos de acuerdo con su nombre genérico es de 45,6% y a partir de la Lista Básica de Medicamentos Esenciales, de 59,6%. Además, 28,2% de los pacientes atendidos en consultorios recibieron inyectables y 49,2% antibióticos. Finalmente, el porcentaje promedio de un conjunto de 40 medicamentos esenciales disponibles en almacenes, hospitales, centros y puestos de salud fue de 65,5%.

Investigación en salud

El sector no cuenta con una política definida de investigación, aunque se percibe una demanda de investigaciones epidemiológicas y de orden socioeconómico debido al proceso de reestructuración sectorial en marcha. Las principales instituciones que condujeron investigaciones en el período comprendido entre 1991 y 1996 fueron organizaciones no gubernamentales (58%), el sector público de salud (30%), las universidades (5%), el Instituto Nacional de Estadística e Informática (5%) y los organismos de cooperación externa (2%). La atomización de la investigación, y su escasa difusión, discusión y aplicación, constituyen desafíos para su aprovechamiento. El Ministerio de Salud ha creado una Comisión encargada de proponer la política de investigación en el marco de la reforma sectorial.

Gasto y financiamiento sectorial

En 1995 el gasto total en salud representó 3,6% del PIB, manteniéndose estable desde 1992, y el gasto per cápita fue de US\$ 89. El gasto del Ministerio de Salud, los municipios y el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social se mantiene en alrededor de 1% del PIB (el gasto per cápita fue de US\$ 38); el gasto del IPSS representó 1,3% del PIB (el gasto per cápita fue de US\$ 115). El gasto privado representa un monto similar al del IPSS (1,2% del PIB) pero con una tendencia decreciente (1,5% en 1992). La participación del sector salud en el gasto del sector público subió de 9,9% a 13,1% entre 1992 y 1995. El gasto del Ministerio de Salud se concentra ligeramente en las subregiones que presentan mejores indicadores de salud, lo que sugiere un patrón distributivo inadecuado. No obstante el mayor gasto público, se observa que la proporción del gasto privado es importante y que obedece mayormente a la adquisición de medicamentos en general, más que al pago de honorarios privados.

Los procedimientos de programación y presupuesto son sumamente complejos debido a la existencia de diversas fuentes de financiamiento y presupuesto para las subregiones de salud, debido a la pluralidad de instituciones que remiten

fondos (diversos programas e instituciones del Ministerio de Salud, Ministerio de Economía y Finanzas, cooperación externa). En razón de esto, la cadena de financiamiento es compleja y no llega a consolidarse en presupuestos globales a nivel regional. No se cuenta con una política respecto a la generación de ingresos propios, y existen criterios diferentes según los establecimientos de salud. Esta situación genera inequidades y dificulta la focalización en poblaciones pobres y la aplicación de criterios de costo-efectividad en las tarifas. Algunos estudios demuestran falta de ajuste entre la oferta y la demanda de servicios, con una ocupación muy baja en muchos establecimientos, que sugiere la necesidad de una reestructuración de la oferta instalada existente.

Cooperación técnica y financiera externa

En 1992, tomando como base el informe sobre la cooperación para el desarrollo del PNUD, la asistencia externa al Perú ascendió a US\$ 875.871.000, que incluyó un préstamo concesionario de US\$ 376 millones proporcionados por el Gobierno del Japón para la reforma del sector comercial. El 20,5% provino de fuentes multilaterales, 77,9% de fuentes bilaterales y 1,6% de organizaciones no gubernamentales internacionales. Las principales fuentes de asistencia externa fueron el Japón (US\$ 474,6 millones), los Estados Unidos de América (US\$ 94,7 millones), el Banco Interamericano de Desarrollo (US\$ 94,3 millones), Italia (US\$ 42,8 millones), el Canadá (US\$ 19,5 millones) y la Unión Europea (US\$ 3,9 millones). Los cinco sectores beneficiados con mayores asignaciones fueron los de gestión económica (54,9%), comercio internacional de bienes y servicios (10,8%), desarrollo regional (7,2%), transporte (4,8%) y salud (3,9%). En el período 1992-1996 la cooperación bilateral aportó 60% de los recursos, la cooperación multilateral 35% y las organizaciones no gubernamentales 5%. En 1993, la Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa del Ministerio de Salud formuló el Programa Nacional de Cooperación Técnica Internacional del Sector Salud, que destaca tres áreas prioritarias: desarrollo y fortalecimiento de programas y servicios, desarrollo de recursos humanos y cooperación andina en salud.

PUERTO RICO

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Puerto Rico es un Estado Libre Asociado de los Estados Unidos de América, por consiguiente, los acontecimientos políticos, sociales y económicos que se producen en este último repercuten en forma directa en la isla. Desde 1992, con la instauración de un nuevo Gobierno en los Estados Unidos, ambos países elaboraron en forma paralela planes de reforma de los sistemas de salud que han traído consigo una serie de cambios sociales y económicos. Para ajustar la realidad social de la isla a los cambios y tendencias, el Gobierno de Puerto Rico ha establecido una nueva política pública y estrategias de salud.

En 1995, la economía de Puerto Rico registró el crecimiento real más alto del quinquenio 1990–1995. El producto bruto exhibió ese año un alza de 3,4%, frente al aumento de 3,3% de 1993 y de 2,5% de 1994. Diversos factores contribuyeron a acentuar el ritmo de la economía de la isla en 1995. Se produjo un incremento de los gastos de consumo personal, de los gastos de consumo del Gobierno y de la inversión interna bruta de capital fijo. Esta última se vio contrarrestada en parte por un incremento en el balance negativo de las ventas netas de bienes y servicios al resto del mundo.

El Gobierno de Puerto Rico continuó aplicando el Nuevo Modelo de Desarrollo Económico, cuyas estrategias económicas, sociales, financieras, reglamentarias, institucionales y de recursos humanos constituyeron un factor determinante en la reactivación económica. Entre los avances logrados se destacan la creación de 40.000 puestos de trabajo, el aumento del empleo manufacturero (el primero experimentado desde el periodo 1990–1991) y el incremento en los empleos promovidos por la Administración de Fomento Económico para la Industria Manufacturera. Asimismo, como parte del programa de justicia salarial, se elevaron los sueldos y jornales de los empleados públicos. La industria turística también mostró

signos de crecimiento, ya que aumentaron tanto la cantidad de personas registradas en los hoteles como sus gastos, y el número de habitaciones de hotel disponibles fue mayor. El Gobierno tuvo una participación destacada en el alza de la industria de la construcción, en particular a través de inversiones en obras de infraestructura como carreteras, líneas de electricidad y teléfonos, e instalaciones carcelarias.

Durante el año fiscal 1995 se aprobó una reforma fiscal que redujo las tasas impositivas, lo que deberá incrementar el ingreso personal disponible en el próximo año fiscal. Por otro lado, en el marco de la política de privatizaciones, se materializó la venta de la Autoridad de las Navieras y se continuó con la privatización de hoteles y de empresas como la Corporación Azucarera y Compañía de Piñas Lotus. A la vez, se establecieron oficinas de Puerto Rico en Chile, Costa Rica, México, Panamá y República Dominicana para promover las exportaciones a estos países.

El incremento real de la producción económica estadounidense causó un efecto favorable en Puerto Rico a través de la demanda de productos manufacturados, que permitió que las exportaciones de mercancías a los Estados Unidos registraran un alza monetaria de 11,1%. Por otro lado, la actividad económica interna y el incremento de los ingresos devengados en la isla produjo un impacto en las importaciones. Una alta proporción de estas (75,6%) estaba constituida por bienes de capital, materia prima y productos intermedios, que contribuyeron a incrementar la capacidad productiva de la isla y a satisfacer la necesidad de materia prima de las industrias. En el año fiscal 1995 el producto interno bruto (PIB) ascendió, a precios corrientes, a US\$ 42.363.700, lo que representa un aumento de 7,2% respecto del año anterior.

En gran parte debido a la reactivación económica, el ingreso personal se incrementó 5,5% en 1995, cifra que supera la del año fiscal anterior (4,1%). El ingreso personal total ascendió a US\$ 27.016.700, comparado con US\$ 25.609.300 en el año precedente para un aumento absoluto de US\$ 1.407.400. A su vez, este aumento se tradujo en un alza

del ingreso personal per cápita y del ingreso promedio por familia. A precios corrientes, el ingreso personal per cápita ascendió a US\$ 7.296 en el período 1994–1995, superando al del año anterior, que fue de US\$ 7.009.

En el año fiscal 1995, el empleo total promedio según la Encuesta del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos ascendió a 1.051.000, lo que refleja un alza de 40.000 empleos respecto del año anterior. El nivel de empleo medido por medio de esta encuesta excluye al sector agrícola y a los trabajadores por cuenta propia, que suman un total de 896.000 personas. El incremento de los empleos se tradujo en una disminución de la cantidad de desempleados, que fue de 168.000. Ese año la tasa de desempleo fue de 13,8%.

El Gobierno Federal de los Estados Unidos participa activamente en la economía de la isla a través de desembolsos netos. Estos consisten en transferencias federales netas a particulares y al sector público, y gastos netos de funcionamiento de los organismos federales que operan en Puerto Rico. Los desembolsos netos del Gobierno Federal han aumentado a lo largo del tiempo. En el año fiscal 1995 sumaron US\$ 6.367.100, lo que representa un incremento de US\$ 430,8 millones (o de 7,3%) respecto del período 1993–1994. Estos desembolsos representan 22,4% del producto bruto del país. El alza registrada en 1994–1995 superó el ritmo medio de crecimiento del quinquenio 1990–1995, que fue de 5,4%.

Con respecto a la distribución geográfica de la población, la unidad básica que se utiliza en el estudio de la distribución geográfica de la población de Puerto Rico son los municipios (la isla está dividida en 78 municipios). Cada municipio está constituido por un núcleo urbano o semiurbano (ciudad, pueblo o aldea). Puede incluir zonas urbanas y rurales.

La densidad poblacional ha ido en aumento: en 1990 era de 396,9 habitantes por km² y en 1995 de 416,0 habitantes por km². Se estima que para el año 2000 será de 432,7 habitantes por km². La población del municipio de San Juan, capital de Puerto Rico, en 1995 representaba 12,2% de la población total del país, con una densidad poblacional de 3.643,7 habitantes por km²; le sigue el municipio de Cataño, con 3.068,8 habitantes por km². Por otro lado, dos de los municipios con la menor densidad poblacional en 1995 fueron Maricao (50,3 habitantes por km²) y la isla municipio de Culebra (54,7 habitantes por km²).

En cuanto a los indicadores demográficos, según los estimados preliminares de la Oficina del Censo de la Junta de Planificación, para el 1 de julio de 1995 la población total de Puerto Rico era de 3.720.018 personas, cifra que representa un aumento de 34.288 personas (0,9%) respecto de julio de 1994. En los últimos cinco años el aumento acumulado fue de 192.918 personas. La tasa de crecimiento poblacional fue de 17,9% (1,7% anual) en la década del setenta y de 9,9% (1,0% anual) en la década del ochenta. En el período 1990–1995 la tasa de crecimiento promedio anual fue de 1,1%.

Al 1 de julio de 1995 la población femenina totalizó 1.918.499, lo que equivale a un aumento de 17.684 (0,9%) respecto de 1994. La población masculina, cuyo número ascendió a 1.801.519, experimentó un aumento de 16.604 en relación con el año fiscal anterior. La población total de Puerto Rico en 1994 fue de 3.685.730 personas.

La migración ha sido por muchos años una de las variables demográficas que más ha afectado a la dinámica poblacional del país. Los movimientos migratorios, básicamente entre Puerto Rico y los Estados Unidos, están compuestos en su mayor parte por puertorriqueños que emigran hacia el continente y luego regresan al país, fenómeno que se conoce con el nombre de migración de retorno. Se produce así un movimiento continuo de migrantes en ambas direcciones, facilitado por el hecho de que, por su condición de ciudadanos estadounidenses, los puertorriqueños no necesitan ni pasaporte ni visa para ingresar a los Estados Unidos.

El balance neto migratorio de Puerto Rico en el año fiscal 1980 fue de -16.101 personas. En 1994, el balance neto migratorio fue de +26.853 personas. Según datos preliminares, para 1995 se registró un balance neto negativo de 1.326 personas, el más bajo desde el año fiscal 1971, en que fue de -2.525 personas.

En 1994 se celebraron 33.200 matrimonios, 62 menos que en 1993. La tasa de matrimonios por 1.000 habitantes de 15 años o más fue de 12,3 en 1994, mientras que en 1993 fue de 12,6. Se registraron 13.724 divorcios, lo que representa una tasa de 5,1 por 1.000 habitantes de 15 años o más. En 1993 la tasa de divorcios fue de 5,4.

La tasa de natalidad, que era de 24,8 por 1.000 habitantes en 1970, se redujo a 18,8 en 1985 y a 17,5 en 1994. En cuanto a la tasa específica de fecundidad, los datos disponibles revelan una trayectoria descendente durante las últimas décadas en todos los grupos de edad de la madre, excepto en el de 15 a 19 años. En el grupo de 20 a 24 años de edad, por ejemplo, la tasa específica de fecundidad en 1970 fue de 187,7 nacimientos por 1.000 mujeres y se redujo a 138,0 en 1992; en el grupo de 25 a 29 años, las tasas correspondientes fueron de 179,4 y 122,0, respectivamente y en el grupo de 15 a 19 años de edad ha habido variaciones en los patrones de natalidad. La tasa específica de fecundidad fue de 71,9 nacimientos por 1.000 mujeres en 1970, 76,3 en 1980, 63,5 en 1985 y 73,3 en 1992.

Morbilidad y mortalidad

El Estudio Continuo de Salud es una investigación de campo de la División de Evaluación de la Secretaría Auxiliar de Planificación, Evaluación y Estadísticas del Departamento de Salud. Se basa en las guías de la Encuesta de Entrevistas Nacionales de Salud (NHIS) del Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos.

La encuesta provee los datos estadísticos sobre hospitalizaciones, visitas a médicos y dentistas, morbilidad aguda y crónica, y días de restricción de actividad. La muestra de viviendas utilizada es una submuestra del grupo trabajador del Negociado de Estadísticas del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos. La población bajo estudio es la población civil no institucionalizada de Puerto Rico.

En 1992 los datos de la encuesta reflejaron un total de 5,5 millones de afecciones crónicas. Esta cifra representa una tasa de 154,4 afecciones crónicas por 100 personas, equivalente a 1,5 afecciones por persona por año, lo que significa que una persona informó padecer, en las últimas cuatro semanas previas a la entrevista, una o más afecciones crónicas. La tasa comienza a aumentar desde los 6 años y alcanza un máximo de 429,4 afecciones por 100 personas en el grupo de 65 años y más.

Al igual que en años anteriores, en 1992 figuran en primer lugar las enfermedades del aparato circulatorio, con tasas de 25,6 afecciones por 100 personas; le siguen las enfermedades del aparato respiratorio (20,7), las afecciones del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y las enfermedades de las glándulas endocrinas (ambas con tasas de 12,5) y las del aparato digestivo (10,6). La tasa de afecciones crónicas de las mujeres fue mayor que la de los hombres (174,0 por 100 mujeres frente a 133,6 por 100 hombres).

En 1992, y según datos obtenidos en una muestra correspondiente a dos trimestres, la incidencia estimada de morbilidad aguda en la población civil no institucionalizada de Puerto Rico fue de 4,5 millones de afecciones. Las mujeres presentaron una tasa mayor (138,9 por 100 personas) que los hombres (113,9 por 100 hombres). La incidencia de afecciones agudas tiende a variar con la edad. El grupo de niños menores de 6 años registró la tasa más alta de afecciones agudas (229,1 por 100 personas por año); la tasa más baja se registró en los grupos de 45 a 64 años y de 25 a 44 años (99,0 y 129,9 por 100 personas por año, respectivamente). La mayor incidencia de afecciones agudas en 1992 correspondió a las enfermedades del aparato respiratorio, con una tasa de 55,8 por 100 personas. Le siguen las enfermedades infecciosas y parasitarias, las lesiones y las enfermedades del aparato digestivo, con tasas de 25,9, 8,9 y 7,8 afecciones por 100 personas, respectivamente.

Todos los nacimientos, defunciones, matrimonios y muertes fetales que ocurren en Puerto Rico se anotan en las oficinas locales del Registro Demográfico que existen en la isla. El registro de defunciones es muy completo. Las causas de muerte son certificadas por médicos: 52% por médicos de cabecera, 37% por médicos que toman como base los resultados de autopsias y expedientes u otras pruebas, y el restante 11% por médicos que utilizan otras fuentes de información.

La tasa de mortalidad ha permanecido relativamente estable: en 1970 fue de 6,6 por 1.000 habitantes; en 1980 bajó a 6,4 y se mantuvo en 6,5 durante los primeros cuatro años de la década de 1980; posteriormente subió a 7,0 en 1987 y si-

guió aumentando hasta alcanzar el valor de 7,9 en 1993 y 7,7 en 1994. Un elemento importante que explica el aumento de esta tasa es el envejecimiento natural de la población y el rápido crecimiento de los grupos de edades más avanzadas. Otro factor vinculado con las tasas de mortalidad son las enfermedades que se manifiestan como las principales causas de muertes en el país.

En 1994 murieron 28.444 personas por todas las causas (16.707 hombres y 11.737 mujeres). En ese mismo año, las enfermedades del corazón (tasa de 157,7 por 100.000 habitantes) y los tumores malignos (116,6 por 100.000 habitantes) fueron las dos principales causas de muerte, responsables en conjunto de 35,6% del total de defunciones.

Las enfermedades del corazón continúan siendo la primera causa de muerte. Unas 5.814 personas murieron por este grupo de causas en 1994 (3.169 hombres y 2.645 mujeres) y 4.298 por tumores malignos (2.516 hombres y 1.782 mujeres). En conjunto, las enfermedades cardiovasculares (incluidas las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad hipertensiva y la aterosclerosis) causaron 8.401 muertes, que equivalen a 29,5% del total.

Entre las mujeres hubo 1.782 defunciones por tumores malignos; el más frecuente fue el de mama, que ocupó el primer lugar, con 294 muertes (6,8%), seguido por el de colon, con 153 muertes (3,6%). Entre los hombres se produjeron 2.516 defunciones; el cáncer más frecuente fue el de próstata, con 505 muertes (11,7%) seguido por el de tráquea, bronquios y pulmón, con 386 muertes (9,0%).

Al igual que en los años anteriores, la diabetes mellitus ocupó el tercer lugar, con 1.868 defunciones, es decir, 6,6% del total de muertes de 1994; de estas, 1.028 ocurrieron en mujeres. En 1993 la diabetes mellitus produjo 1.876 muertes.

La cuarta causa de muerte fue la infección por el VIH, causante del sida. Se notificaron 1.549 muertes, 1.210 (78,1%) en hombres y 339 (21,9%) en mujeres.

La enfermedad cerebrovascular fue la quinta causa, con 1.428 (5,0%) defunciones. Esta causa fue la cuarta en 1993, año en que ocasionó 1.443 muertes (5,1%).

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

La transformación social experimentada por Puerto Rico en los últimos 50 años ha traído como consecuencia un aumento significativo de la longevidad y de la esperanza de vida. Se espera que esta tendencia se mantenga y se estima que en el 2030, 15% de la población pertenezca al grupo de personas de 65 años y más. Esta y otras tendencias, como el paso de una sociedad agrícola y rural a una urbana e industrial, han significado cambios en la morbilidad y en la mortalidad. El perfil epidemiológico ha variado y junto con las enfermedades infecciosas agudas coexisten las enfermedades crónicas degenerativas, con una alta prevalencia de las enfermedades cardiovas-

lares y del cáncer. El consumo de alcohol y tabaco es elevado, la población no hace ejercicios físicos, su dieta es inadecuada y contiene grasas y proteínas en exceso, y una proporción creciente consume drogas ilícitas.

Análisis por grupos de población

La salud del niño

En 1992, el grupo de menores de 6 años registró la tasa mayor de afecciones agudas (229,1 por 100 personas, por año). A menor edad, más alta es la incidencia de afecciones agudas. La tendencia es similar en hombres y mujeres. Los menores de 6 años registraron la mayor incidencia de catarro común e influenza y otras infecciones de las vías respiratorias, con tasas de 83,5 y 37,2 por 100 personas, por año, respectivamente. En cuanto a las enfermedades infecciosas y parasitarias, este grupo de edad presentó también la mayor cantidad de episodios de disenterías y gastroenteritis, con tasas de 24,9 por 100 personas. En cuanto a las enfermedades del aparato digestivo, se informó una tasa de 3,1 episodios de gastroenteritis sin especificar y colitis por 100 menores de 6 años de edad.

En 1994 hubo un total de 738 defunciones, 11,5 por 1.000 nacimientos vivos (557 neonatales y 181 posneonatales). Las principales causas de mortalidad infantil fueron los trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso (215 defunciones), las anomalías congénitas (142 defunciones), el síndrome de dificultad respiratoria (92 defunciones), las afecciones originadas en el período perinatal (24 defunciones) y los accidentes y efectos adversos (CIE-9, E800-949) (18 defunciones).

En el grupo de 1 año de edad se produjeron 30 defunciones y la principal causa fueron los accidentes (9 defunciones); en el de 2 años de edad murieron 16 niños y la principal causa fueron las enfermedades del corazón; en el de 3 años murieron 21 niños y los tumores malignos fueron la primera causa, y en el de 4 años murieron 9 niños y la primera causa de muerte fueron los accidentes.

La salud del niño de escuela primaria. En 1994 murieron 53 niños de 5 a 9 años, para una tasa de 16,0 por 100.000. La principal causa de muerte fueron los accidentes (13 defunciones para una tasa de 3,9); le siguen el sida y las enfermedades del sistema nervioso, con un total de 8 muertes por cada una (tasa de 2,4). Entre los hombres, la principal causa de muerte fueron los accidentes, con 11 defunciones (tasa de 6,5); le siguen las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, con 6 defunciones (tasa de 3,6). Entre las mujeres, la primera causa de muerte fue el sida, con un total de 5 defunciones (tasa de 3,1), seguida por las anomalías congénitas, con 3 defunciones (tasa de 3,1).

El maltrato de menores y la negligencia son asuntos críticos en Puerto Rico. Durante el período 1994-1995, el Departamento de la Familia notificó un total de 48.705 casos de malos tratos a niños, 30.388 por algún tipo de negligencia y los otros 18.317 por algún tipo de maltrato (esto incluye la explotación, el maltrato institucional, emocional, múltiple, físico y el hostigamiento sexual). Del total de casos notificados, 11 niños murieron. En 1995 se recibieron 49.913 notificaciones de negligencia y maltrato.

La salud del adolescente

Se estimó que en 1994 había 355.355 adolescentes de 10 a 14 años y 341.902 de 15 a 19 años. Para ambos grupos, los principales problemas fueron los accidentes, los homicidios, sobre todo relacionados con el consumo de drogas, y los embarazos. Ese año murieron 452 jóvenes de esas edades, con una tasa general de 29,0 por 100.000 para el grupo de 10 a 14 años y de 102,1 para el de 15 a 19 años. Las dos principales causas de muerte para el primero de los grupos fueron todos los accidentes, con 37 defunciones (tasa de 10,4), y los homicidios, con 14 defunciones (tasa de 3,9). Para el grupo de 15 a 19 años, las principales causas de muerte fueron también los homicidios, con 187 defunciones (tasa de 54,7) y todos los accidentes, con 83 defunciones (tasa de 24,3). El orden varía levemente según el sexo.

Según la Encuesta de Riesgos realizada por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades en escuelas públicas y privadas de toda la isla durante el primer trimestre de 1995, se ha incrementado la actividad sexual de los adolescentes en relación con 1992. En efecto, en 1992 el 30% de los jóvenes matriculados entre el noveno y el duodécimo grado eran sexualmente activos, mientras que en 1995 ese porcentaje aumentó a 36,35. El 8,4% había tenido cuatro o más parejas sexuales y solo 39,1% había utilizado condones durante la última relación sexual. El número exacto de embarazos en adolescentes no se conoce. Desde 1988 se observa un aumento sostenido de nacimientos entre madres menores de 20 años. En 1988 se notificó 17,2% de nacimientos entre adolescentes. En 1994, de 64.325 nacimientos, 12.779 (19,9%) correspondieron a madres menores de 20 años (444 en el grupo de menores de 15 años y 12.335 en el de 15 a 19 años de edad). De estos 12.779 nacimientos, 8.165 correspondieron a madres solteras (63,9%). De los hijos de madres adolescentes, 204 (1,6%) presentaron muy bajo peso (<1.500 g) y 1.215 (9,5%), bajo peso (<2.500 g).

La salud del adulto

En 1994, 2.195.594 personas, es decir 59% de la población, tenían entre 15 y 59 años; de ellos, 1.050.395 eran hombres y 1.145.199, mujeres.

De los 64.325 nacimientos ocurridos en 1994, 63.854 correspondieron a madres de 15 a 49 años de edad. Dentro de este grupo, se registraron mayor cantidad de nacimientos en el subgrupo de 20 a 24 años (20.469 del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 133,8). Para la misma fecha, del total de mujeres embarazadas, una de cada cuatro recibió cuidados prenatales después del tercer trimestre. En 1994, 1,2% (764) de las mujeres no recibió cuidado prenatal alguno. Esto produjo una mayor morbilidad y mortalidad materna e infantil. Resulta difícil identificar y tratar oportunamente trastornos de salud derivados de una atención prenatal tardía y que pueden afectar tanto a la madre como al niño. La tasa de mortalidad materna fue de 7,8 por 100.000 nacidos vivos, la más baja desde 1990. Tres de las cinco muertes maternas que ocurrieron en 1994, fueron en el grupo de edad de 20 a 24 años.

La encuesta más reciente de salud reproductiva se realizó de noviembre de 1995 a julio de 1996. Este estudio, que analizó una muestra representativa de 5.944 mujeres de 15 a 49 años de edad, reveló que una de cada cuatro (22,5%) no utilizaba ningún método anticonceptivo. Los tres métodos más empleados fueron las esterilizaciones femeninas (45,2%), los anticonceptivos orales (9,7%) y el condón masculino (6,4%). Los menos usados fueron el Norplant (0,1%), los métodos vaginales que incluyen esponjas, jaleas, cremas y espumas (0,2%) y el dispositivo intrauterino (1,0%). El 6,2% de las mujeres entrevistadas usaba algún método natural.

De las 28.444 muertes registradas en 1994, 7.981 (28,1%) ocurrieron en la población de 15 a 59 años de edad. En el grupo de 15 a 24 años hubo 862 muertes (729 hombres y 133 mujeres), lo que representa 3,0% del total de las muertes. De ellas, 435 (50,5%) fueron por homicidios y 199 (23,1%), por accidentes.

En el subgrupo de 25 a 49 años de edad hubo 4.598 defunciones (16,7% del total), 3.439 correspondieron a hombres y 1.159 a mujeres. Se observan variaciones leves entre los sexos en cuanto a las principales causas de muerte. Entre los hombres del subgrupo de 25 a 29 años de edad, la primera causa de muerte fueron los homicidios (156), seguidos por el sida (111), y entre las mujeres, el sida (56), seguido por los accidentes (16). La primera causa de muerte entre los hombres de 30 a 39 años fue el sida (507), seguido por los accidentes (195), y entre las mujeres, el sida (156), seguido por los tumores malignos (53). Para el subgrupo de 40 a 44 años la primera causa de muerte entre los hombres sigue siendo el sida (238), seguido de las enfermedades del sistema digestivo (72), y entre las mujeres, los tumores malignos (69), seguidos por el sida (46). Las principales causas de muerte entre los hombres de 45 a 49 años de edad fueron el sida (159) y las enfermedades del corazón (85), y entre las mujeres, los tumores malignos (86) y las enfermedades del corazón (48). En el grupo de 50 a 59 años murieron 2.521 personas (1.682 hombres y 839 mujeres) y las dos principales causas de muerte para ambos sexos fueron las enfermedades del corazón y los tumores malignos.

La salud del adulto mayor

En 1994, según datos de la Junta de Planificación, 13,2% de la población de Puerto Rico tenía 60 años y más. Del total de 487.381 personas de 60 años y más, 224.055 eran hombres y 263.326, mujeres. La situación de salud de este grupo de edad se ve afectada por los procesos de envejecimiento normal así como por lesiones o enfermedades. Las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y las enfermedades de las glándulas endocrinas y de la nutrición y el metabolismo fueron las afecciones crónicas que prevalecieron en este grupo de edad en 1992. En ese año murieron un total de 19.493 personas. Las principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón (CIE-9, 390–398, 402, 404–429), los tumores malignos (140–208) y la diabetes mellitus (250). Otras causas importantes de muerte son la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (571), la enfermedad hipertensiva (401, 403), las enfermedades cerebrovasculares (430–438) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y afecciones afines (490–496), entre otras.

El censo de Población y Vivienda de 1990 indica que 66.187 personas de edad avanzada vivían solas, es decir 19,4% de este grupo de edad. El análisis por municipio refleja que de 14,0% a 24,9% de los ancianos vivían solos. En casi todos los municipios, el porcentaje de mujeres que vivían solas era mayor. Estos datos resultan particularmente importantes a la hora de planificar servicios para esta población, tanto de salud como otros. Las fuentes principales de ingresos de la población de edad avanzada son el seguro social, las pensiones y la asistencia económica. De acuerdo con el Departamento de la Familia, 18.202 ancianos participaban en el Programa de Asistencia Económica durante el año fiscal 1990 y 22.432 durante el año fiscal 1993–1994.

La salud de la familia

El Gobierno de Puerto Rico ha puesto en marcha varios programas de ayuda a familias necesitadas que son administrados por diferentes organismos. Uno de ellos es el Departamento de la Familia, cuya misión es propiciar y promover el desarrollo de los grupos familiares en condiciones de desventaja social, económica y física, a fin de que puedan incorporarse al progreso de la sociedad puertorriqueña. La Secretaría Auxiliar de Asistencia Pública administra programas del Departamento de la Familia destinados a brindar ayuda económica a grupos familiares que no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas. Esta ayuda se canaliza a través de los programas de Asistencia Nutricional, Asistencia Económica, Distribución de Alimentos, Alimentos para el Cuidado de los Niños, Calzado y Ropa para Escolares y subsidio de Energía Eléctrica, y del subprograma de

Crisis de Energía. Estos programas ofrecen servicios a niños, a personas con discapacidades físicas y mentales, a ancianos, a personas sin hogar y a familias en general.

Según datos del censo, en 1990 participaban 435.665 familias en el Programa de Asistencia Nutricional y en 1994, 490.813. El total distribuido en 1994 fue de US\$ 995.824.899. Ese año, 23% de los grupos familiares asistidos estaban encabezados por mujeres.

En el Departamento de Salud de la Secretaría Auxiliar para la Promoción y Protección de la Salud hay varios programas destinados a la población de madres y niños, así como a la de ancianos. La División de Madres y Niños se ocupa de la elaboración de manuales para implantar las regulaciones y procedimientos de las diferentes actividades del programa: planificación familiar, cuidados prenatal y de posparto, parto de alto riesgo y atención neonatal, conservación de la salud del niño y del adolescente, salud del escolar y atención a adolescentes embarazadas. Los directivos de la División de Madres y Niños y Adolescentes participan en la preparación de protocolos especiales con otros programas de salud, como el de consejería en la preprueba y posprueba de VIH y el de administración de AZT a mujeres embarazadas VIH positivas y a sus hijos. Estos manuales y protocolos se distribuyen y discuten con los proveedores de atención primaria regionales.

La salud de los trabajadores

En el año fiscal 1994–1995, la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, organismo responsable de proveer asistencia médica (incluidos el suministro de medicinas y la hospitalización) a trabajadores que sufren accidentes o enfermedades del trabajo, notificó la radicación de 75.823 casos de un total de 1.051.000 personas empleadas. Se notificaron 31.646 casos en el sector público y 44.177 en el privado. El monto de las compensaciones pagadas ascendió a US\$ 159,5 millones. En ese año fiscal se otorgaron 30.077 certificados de incapacidad, 688 (2,3%) de carácter permanente.

Las lesiones que dieron lugar al mayor número de casos radicados fueron las contusiones (13.691), las lesiones de la espalda (12.318) y las heridas (8.047). El número de casos radicados por sexo fue de 31.889 mujeres (42,1%) y 43.934 hombres (57,9%).

La salud de los discapacitados

La Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos (OPPI) es el organismo gubernamental responsable de velar por los derechos de la población con deficiencias físicas, mentales o sensoriales. Esta Oficina atiende los problemas, necesidades y reclamos de este grupo a través de orien-

taciones, referencias, asesoramiento legal, protección e intercesión. Interviene también en el campo de la educación, la salud, la vivienda, el empleo, el transporte, la recreación y la cultura.

El Consejo Estatal sobre Deficiencias en el Desarrollo se ocupa de personas de 5 años de edad o más con afecciones graves y crónicas, como retardo mental, epilepsia, autismo, espina bífida, sordera, ceguera, trastornos emocionales graves y síndrome de Down. El Consejo se propone aumentar las oportunidades de empleo de estas personas y promover la realización de actividades en la comunidad encaminadas a prevenir, identificar y atender las deficiencias en el desarrollo de los niños (intervención temprana).

De acuerdo con datos del compendio estadístico de la OPPI (1993), en 1990 había en Puerto Rico 704.407 personas con algún tipo de deficiencia, incluidas unas 140.881 con deficiencias visuales y 176.102 con problemas de desarrollo. La OPPI calcula el total de personas con deficiencias mediante una metodología empírica basada en un modelo que utiliza como base los datos poblacionales del censo. En el Censo de Población y Vivienda de 1990 las definiciones de deficiencias giran en torno a su relación con el trabajo.

Datos obtenidos por el Programa de Madres y Niños de la Secretaría Auxiliar para la Promoción y Protección de la Salud en centros pediátricos donde se atiende a niños con necesidades especiales de salud, indican que ha aumentado la cantidad de menores de 21 años atendidos. En 1993–1994 recibieron atención 15.363 personas y en el período 1994–1995, 21.335. De los 21.335 niños con necesidades especiales atendidos en ese último año fiscal, 11.620 tenían 6 años o menos, 8.864 tenían de 6 a 17 años y 851, 18 años o más.

Según los datos del último censo, los centros pediátricos cubren a 1,5% de los niños en Puerto Rico y a 27% de los niños que necesitan servicios. Los problemas más frecuentes en los centros pediátricos son retraso psicomotor, parálisis cerebral, defectos del tubo neural, desórdenes del habla y del lenguaje y paladar hendido.

Datos del Departamento de Educación revelan que el retardo mental y los problemas específicos del aprendizaje son los diagnósticos más comunes entre los 6 y los 21 años de edad. Las deficiencias auditivas representan 2,2% de todas las afecciones atendidas, y las visuales, 1,5%. En 1994, el Departamento de Educación Especial atendió a un total de 37.278 niños entre los 6 y los 21 años.

La Secretaría Auxiliar de Servicios a la Familia del Departamento de la Familia ejecuta un programa cuyo propósito es que los adultos ciegos, discapacitados y de edad avanzada logren un mejor bienestar y se conviertan, hasta donde sea posible, en miembros útiles para sí mismos, para sus familias y para la comunidad. A ellos se les ofrece servicios de ama de llaves, hogares sustitutos, cuidados diurnos y servicios de prótesis y ortesis. En 1993–1994, del total de 70.261 personas atendidas, 3.163 (4,5%) eran discapacitados.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. En 1993, el Programa de Control del Dengue estableció un sistema de vigilancia activa que permitió, mediante una red de comunicación entre los enfermeros epidemiólogos, los médicos de hospitales públicos y privados, y los trabajadores de salud ambiental, investigar de inmediato cualquier aumento de la incidencia de casos sospechosos.

En 1994 hubo un brote epidémico de dengue, en el que se notificaron 24.252 casos sospechosos y se confirmaron mediante laboratorio 5.390 casos, 3 de ellos mortales. El brote se debió principalmente a la proliferación de envases, recipientes y tanques para el almacenamiento de agua en grandes sectores de la población causada por la escasez y el racionamiento general sufridos durante la mayor parte de 1994. Se declaró un estado de alerta general y mediante campañas masivas en los medios se brindó información educativa y orientación sobre el manejo y mantenimiento del agua envasada.

En 1995 se confirmaron en pruebas de laboratorio 2.046 casos de dengue y en 1996, 1.804. Desde 1977 no ha vuelto a aparecer el virus del dengue tipo III. Actualmente en los brotes se han identificado los tipos I, II y IV.

Enfermedades inmunoprevenibles. Una reemergencia de sarampión alcanzó el nivel más alto en 1990, cuando se notificaron 1.805 casos (51,3 por 100.000 habitantes) y 12 defunciones. En 1993 se notificaron 355 casos (10,1 por 100.000 habitantes), de los cuales 254 (72%) ocurrieron en niños preescolares (0 a 5 años de edad), y 116 (33%) en lactantes (menores de 12 meses). A fin de erradicar la transmisión del sarampión para 1996, el Departamento de Salud puso en marcha un Programa de Eliminación del Sarampión Común, un esfuerzo colectivo insular que abarcó una campaña de vacunación masiva, aumento de la vigilancia y control de brotes. La campaña masiva de vacunación de 1994 consiguió cubrir a 77% de la población objetivo (niños de 6 meses a 5 años de edad). La estrategia adoptada se basó en las recomendaciones de la OPS para la eliminación del sarampión. En mayo de ese año, Puerto Rico participó en el estudio de cobertura nacional (población estimada basada en 64.336 nacimientos), logrando el 87% de cobertura (cuatro dosis de la vacuna triple contra la difteria, la tos ferina y el tétanos [DPT], tres de vacuna antipoliomielítica oral [OPV] y una de la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola [MMR]). En julio 1994 se implantó la fase inicial del Registro Nacional de Inmunización.

En 1994 se notificaron 2 casos de tétanos, 3 de tos ferina, 2 de paperas, 3 de meningitis (*Haemophilus influenzae* clase

B), 415 de hepatitis B y 46 de sarampión. Para este mismo año, se notificaron 2 defunciones por tétanos, ambas en hombres. No se notificaron defunciones por difteria, tos ferina ni sarampión.

En 1992, con la aprobación de la Ley 59, se creó el Programa de Hepatitis B, cuya misión es la vacunación de empleados del sector público y privado en alto riesgo de exposición ocupacional. Hasta el 30 de junio de 1995, se habían administrado 110.224 dosis en el sector público y 17.681 en el privado.

En 1992 se estableció un protocolo de crecimiento perinatal de hepatitis B con el propósito de ofrecer tratamiento temprano a las madres infectadas y vacunación a los niños de las madres identificadas. En 1993 se incluyó en el esquema de vacunación infantil la vacuna contra la hepatitis B para los menores de 12 meses; sucesivamente, cada año se irá aumentando la edad de cobertura. El objetivo es cubrir a todos los niños de 0 a 18 años de edad para el año 2000.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. En el presente siglo no se ha informado ningún caso de cólera.

Enfermedades crónicas transmisibles. La incidencia de tuberculosis ha mostrado variaciones leves a lo largo de los años: se notificaron 312 casos en 1992 (tasa de 8,9 por 100.000 personas), 257 casos en 1993 (7,3 por 100.000), 274 casos en 1994 (7,8 por 100.000), 263 casos en 1995 (7,5 por 100.000) y 222 casos en 1996 (6,3 por 100.000). La distribución por sexo fue la siguiente: en 1994, 73,4% de los casos se produjeron en hombres y 26,6% en mujeres; en 1995, 65% ocurrieron en hombres y 35% en mujeres, y en 1996, 72% de los casos fueron masculinos y 28% femeninos. En 1996, la localización de la enfermedad era pulmonar en 90% de los casos. Durante ese mismo año, la distribución de los casos por grupos de edad fue la siguiente: 6,3% en el grupo de 0 a 14 años, 1,4% en el de 15 a 19 años, 39,2% entre los 20 y los 44 años, 15,3% en el grupo de 45 a 54 años y 33,8% en el de 55 años y más. Se desconoce el grupo de edad de 4% de los casos. La tasa de mortalidad por tuberculosis fue de 1,7 por 100.000 habitantes en 1994, 1,6 en 1995 y 1,7 en 1996. La incidencia de resistencia a múltiples drogas en los casos notificados fue de 11 casos en 1994, 8 en 1995 y 4 en 1996.

De 1994 a 1995 se observa un aumento del porcentaje de casos de tuberculosis en personas que además están infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En 1993, y de acuerdo con la definición de sida de 1993 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América, 72 de 257 casos de tuberculosis tenían sida (28,0%), mientras que en 1994 tenían sida 81 de 274 casos de tuberculosis (29,6%), en 1995, 57 de 263 casos (18,0%), y en 1996, 60 de 222 casos (27,0%).

Enfermedades respiratorias. Según el estudio de la División de Muestra Básica del Departamento de Salud sobre afecciones agudas, la incidencia estimada de morbilidad aguda en la población civil no institucionalizada en 1992 fue de 4,5 millones de episodios. La mayor incidencia correspondió al sistema respiratorio, con una tasa de 55,8 afecciones por 100 personas. Los episodios de enfermedades respiratorias más frecuentes fueron el catarro común e influenza (39,7 por 100 personas), otras afecciones de las vías respiratorias (10,7) y la bronquitis aguda (3,2). Entre los menores de 6 años se registró la mayor incidencia de catarros comunes e influenza y otras afecciones de las vías respiratorias, con tasas de 83,5 y 37,2 por 100 personas, por año, respectivamente. La población de 65 años en adelante mostró tasas de afecciones de catarro común e influenza de 47,7 por 100 personas.

El estudio de prevalencia de afecciones crónicas notificó 737.435 episodios en el sistema respiratorio (tasa de 20,7 por 100 personas) en 1992. Las más frecuentes fueron el asma (309.403 episodios) y la alergia en las vías respiratorias (234.596 episodios). Entre los hombres se registraron 362.529 episodios de enfermedades del sistema respiratorio. El grupo de 6 a 16 años presentó la mayor prevalencia (108.283 episodios) y el asma fue la afección más común (66.720 episodios). Las mujeres presentaron 374.906 episodios en el sistema respiratorio y el grupo de 25 a 44 años fue el más afectado (112.034 episodios); nuevamente el asma fue la afección más frecuente (152.125 episodios) y la mayor concentración de episodios ocurrió en el grupo de 6 a 16 años (40.601), seguido por el de 25 a 44 años (35.647). La alergia en las vías respiratorias fue la afección más frecuente en el grupo de 25 a 44 años de edad (43.022).

Como en 1993, en 1994 la neumonía e influenza (1.187 defunciones, 639 en hombres y 548 en mujeres) y la enfermedad pulmonar obstructiva (1.186 defunciones, 643 en hombres y 543 en mujeres) fueron la séptima y octava causas de muerte respectivamente (2.373 defunciones).

Rabia y otras zoonosis. La Secretaría Auxiliar de Salud Ambiental tiene la misión de controlar o eliminar los factores del medio ambiente que representan un riesgo para la salud de los residentes de la isla de Puerto Rico. Entre sus programas se encuentra el de zoonosis, que ayuda a prevenir la transmisión de enfermedades de los animales al hombre, especialmente la rabia. Durante el año fiscal 1994-1995 se vacunaron contra la rabia 5.908 animales, cifra que sobrepasó en 11% la cantidad programada. Se investigaron 211 casos sospechosos de rabia animal y se encontraron 51 animales positivos, por lo que se aplicó tratamiento antirrábico a 51 personas.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. En 1994 el sida fue la cuarta causa de defunción en Puerto Rico, con 1.549 muertes y una tasa de mortalidad de 42,0 por

100.000 habitantes. De las 1.549 muertes, 1.210 (78,1%) ocurrieron en hombres y 339 (21,9%) en mujeres. Sin embargo, el sida es la primera causa de muerte en personas de 25 a 49 años de edad de ambos sexos. Hasta diciembre de 1994 se habían confirmado 16.109 casos de sida, de los cuales habían muerto 11.400 (71%). Según datos más recientes, al 30 de abril de 1997 se habían confirmado 19.625 casos, de los cuales habían muerto 12.752 (65%). Del total de casos diagnosticados, 19.261 ocurrieron en adultos y en adolescentes y 364 en la población pediátrica. El 45% de los afectados tenía entre 30 y 39 años de edad y 23%, entre 40 y 49 años. El factor de mayor riesgo fue el consumo de drogas en los hombres (56%) y el contacto heterosexual en las mujeres (57%). La tasa de incidencia de sida disminuyó 27% de 1993 (89) a 1994 (65). Hasta el presente no existe en Puerto Rico un registro de personas VIH positivas.

Las tasas de incidencia de sífilis primaria y secundaria disminuyeron 34% de 1993 a 1994 (13 y 9 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). Las tasas de incidencia de gonorrea disminuyeron 5% de 1993 a 1994 (15 y 14 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). Se notificó una cantidad más de cinco veces superior de infecciones por *Chlamydia* en mujeres en 1994 que en 1993 (109 y 19 casos por 100.000 habitantes, respectivamente).

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. La diabetes mellitus es una causa importante de morbilidad, incapacidad y mortalidad en Puerto Rico. En el Informe de Estadísticas Vitales de 1994 se indica que es la tercera causa de mortalidad, precedida solo por las enfermedades del corazón y los tumores malignos. En 1994 murieron por diabetes mellitus 1.868 personas (1.028 mujeres y 840 hombres). Esta enfermedad comienza a aparecer entre las primeras cinco causas de muerte en los hombres en el grupo de edad de 55 a 59 años, con 60 defunciones y una tasa de 87,3 por 100.000 habitantes, y presenta la mayor cantidad de defunciones (139) en el grupo de 70 a 74 años de edad, con una tasa de 329,4 por 100.000 habitantes. En las mujeres, aparece entre las primeras cinco causas de muerte en el grupo de edad de 45 a 49 años, con 19 defunciones (17,7 por 100.000 habitantes) y su importancia va aumentando progresivamente. El grupo de 85 años y más presenta un total de 211 defunciones y una tasa de 1.060,7 por 100.000 habitantes. En 1983, la tasa de mortalidad por diabetes mellitus fue de 31,0 por 100.000 habitantes y en 1994, de 50,7 por 100.000 habitantes, lo que representa un aumento de 63,5% en 10 años.

Según el estudio de la División de Muestra Básica sobre afecciones crónicas, la población civil no institucionalizada de Puerto Rico notificó un total de 5.496.140 episodios en

1992. El grupo de las enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición y del metabolismo aparece en el cuarto lugar, con 443.452 afecciones. La diabetes mellitus afectó a un total de 206.644 personas. La mayor cantidad de episodios se registró en el grupo de edad de 45 a 64 años (91.763), seguido por el de 65 años y más (77.152). Los hombres padecieron 86.592 episodios de diabetes mellitus y la mayor prevalencia se observó en el grupo de 45 a 64 años (41.269). En las mujeres, el total de episodios de diabetes mellitus fue de 120.052 y nuevamente el grupo de edad de 45 a 64 años fue el que mostró la mayor prevalencia (50.494 episodios), seguido por el de 65 años y más, con un total de 47.882 episodios.

El Departamento de Salud de Puerto Rico estima que la prevalencia de diabetes diagnosticada y no diagnosticada en la población adulta es de 13,98%. De acuerdo con el Instituto Nacional de Diabetes y de Enfermedades del Aparato Digestivo y del Riñón, 10,9% de los puertorriqueños que residen en los Estados Unidos tienen diabetes diagnosticada o no diagnosticada.

Enfermedades cardiovasculares. Según los datos sobre morbilidad crónica de la División de Muestra Básica, las enfermedades del aparato circulatorio fueron las afecciones más frecuentes en 1992, con un total de 909.409 episodios. La enfermedad hipertensiva (400.293) y las enfermedades del corazón (160.807) fueron las de mayor prevalencia. El grupo de edad de 45 a 64 años presentó el mayor número de episodios de enfermedad hipertensiva (192.103) y el grupo de 65 años y más presentó el mayor número de episodios de enfermedades del corazón (72.188).

Las mujeres presentaron el número más alto de episodios de enfermedades del aparato circulatorio (569.927), con mayor prevalencia de enfermedad hipertensiva (226.863 episodios). El grupo de 45 a 64 años de edad fue el más afectado, seguido por el de 65 años. Los hombres padecieron un total de 339.482 episodios de enfermedades del aparato circulatorio y la enfermedad hipertensiva fue la de mayor prevalencia (173.430). Nuevamente, el grupo de edad de 45 a 64 años fue el más afectado (89.053 episodios).

En 1994, las enfermedades cardiovasculares, incluidas las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular, la hipertensiva y la aterosclerosis, causaron 8.663 defunciones (4.589 en hombres y 4.074 en mujeres), equivalentes a 30,4% del total de muertes de ese año y a una tasa de mortalidad de 235,0 por 100.000 habitantes. Las enfermedades del corazón mostraron la tasa más alta (157,7 por 100.000 habitantes). De las 5.811 defunciones por enfermedades del corazón, 3.169 ocurrieron en hombres y 2.642 en mujeres. Para ambos, la enfermedad isquémica del corazón fue la que más muertes ocasionó, con un total de 3.372 (1.895 hombres y 1.477 mujeres). En los hombres, las enfermedades del corazón comienzan a ser la primera causa de muerte en el grupo de edad de 50 a 54 años y en las mujeres, en el de 65 a 69 años en adelante.

Tumores malignos. Según el estudio de la División de Muestra Básica, en 1992 se registraron 14.982 episodios de tumores malignos. Las edades más afectadas corresponden a los grupos de 45 años en adelante, tanto en hombres como en mujeres. De los 6.652 episodios de tumores malignos en la población masculina, 5.425 ocurrieron en el grupo de edad de 45 años y más. Las mujeres padecieron 8.330 episodios de tumores malignos, 7.693 corresponden al grupo de edad de 45 años en adelante.

Los tumores malignos fueron la segunda causa de muerte en Puerto Rico en 1994, con un total de 4.298 defunciones. Las localizaciones más frecuentes fueron los órganos digestivos y el peritoneo (1.426 defunciones en 1994), los órganos genitourinarios (866) y los órganos respiratorios e intratorácicos (657). Dentro de las dos últimas categorías, los tumores malignos de la tráquea y del pulmón causaron 569 defunciones (386 en hombres y 183 en mujeres) y el de próstata causó 505 muertes en hombres. De las 866 defunciones por tumores malignos en los órganos genitourinarios, 623 ocurrieron en hombres y 243 en mujeres. La localización más frecuente en los hombres fue la próstata y en las mujeres, la placenta y el cuerpo del útero (64 defunciones) y los ovarios (54 defunciones). En las mujeres, desde los 35 hasta los 64 años de edad los tumores malignos constituyeron la primera causa de mortalidad, y desde los 65 años pasaron a ser la segunda causa, mientras que en los hombres comenzaron a ser la segunda causa de defunción desde los 50 años.

Accidentes y violencia. En 1994, los accidentes fueron la sexta causa de defunción, con 1.313 muertes (1.006 en hombres y 307 en mujeres). El 48,1% de las defunciones por accidentes se atribuyen a accidentes de tráfico de vehículos de motor (631), de los cuales 144 afectaron al grupo de 15 a 24 años y 117, al de 25 a 34 años.

Los homicidios fueron la novena causa de defunción en 1994, con un total de 1.017 casos (931 hombres y 86 mujeres), lo que representa una tasa de 27,6 por 100.000 habitantes. Comienzan a aparecer entre las primeras tres causas de muerte en el grupo de edad de 10 a 14 y en el de 35 a 39 años. De los 1.107 homicidios, 816 (65,6%) ocurrieron entre los 10 y los 39 años, y de estos, 759 en hombres.

De las 355 defunciones por suicidio registradas en 1994, 320 ocurrieron en hombres y 35 en mujeres. El suicidio se encuentra dentro de las primeras cinco causas de muerte en hombres entre los 10 y los 39 años de edad (141 defunciones). En el grupo de 40 años en adelante murieron 202 personas por suicidio.

Trastornos del comportamiento. El Programa de Tratamiento por Abuso de Alcohol de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) atendió en 1994 a 7.391 personas, que suelen presentar una serie de características comunes. Entre las características registradas

en 1995 se encontró que se trata por lo general de empleados de tiempo completo, solteros, con cierto grado de escolaridad, y edades entre los 25 y los 54 años. El 59,3% informó haber estado encarcelado, 61,7% no había recibido tratamiento anterior, 36,0% había recibido tratamiento y 2,3% no ofreció información al respecto.

En 1994, del total de personas tratadas (7.391) 7.042 eran hombres (95,3%) y 349, mujeres (4,7%). En el grupo de edad de 35 a 44 años se encontraba el mayor porcentaje de hombres en tratamiento (32,2%), seguido por el grupo de 45 a 54 años (24,1%) y, en tercer lugar, el de 25 a 34 años (23,0%). Entre estos grupos está 83,3% de la totalidad de los casos atendidos (79,3% eran hombres y 4,0%, mujeres). Para ambos sexos, el grupo de 35 a 44 años de edad fue el más recurrente en cuanto al consumo excesivo del alcohol (33,8%); le siguen los grupos de 45 a 54 años (24,9%) y de 25 a 34 años (24,6%).

En 1994, en las instalaciones de la ASSMCA se atendió a 36.604 personas por problemas de drogadicción (87,8% hombres y 12,2% mujeres). La ASSMCA ha puesto en marcha seis programas específicos para tratar este problema, y las instalaciones preparadas comprenden desde centros de evaluación y estabilización hasta clínicas rodantes. Se crearon también un Programa Libre de Drogas dirigido a menores y uno dirigido a adultos.

Los servicios de salud mental tienen un enfoque biopsico-social, es decir que consideran los aspectos biológicos, humanos y psíquicos relacionados con la conducta humana, además de los aspectos sociales, basados en la relación del individuo con su ambiente inmediato. Funcionan en la isla 7 instituciones y 12 centros ambulatorios. En 1994 se atendió a 4.109 personas más que en el año anterior en la totalidad de los servicios ambulatorios, de las cuales 3.658 asistieron a los centros de salud mental. El 95,8% del total de pacientes atendidos (102.117) en las instalaciones de salud mental recibieron atención ambulatoria. De estos, 54.937 eran hombres (53,8%) y 47.108, mujeres (46,2%).

Según el estudio de la División de Muestra Básica sobre morbilidad crónica, las personas entrevistadas habían padecido 264.798 episodios de trastorno mental en 1992. La neurosis fue la afección más frecuente (193.383 episodios). El grupo de edad que presentó la mayor cantidad de episodios de trastorno mental fue el de 45 a 64 años (106.255), seguido por el de 25 a 44 años (77.285). En ambos grupos la afección prevaleciente fue la neurosis. Los hombres padecieron 128.481 episodios de algún tipo de trastorno mental y las mujeres, 136.317. En ambos sexos la neurosis fue la afección más frecuente y los grupos de edad de 45 a 64 y de 25 a 44 años, respectivamente, fueron los que más episodios presentaron.

Salud oral. Durante los últimos años, luego de haber sido el primer país del mundo en establecer la legislación para la fluoruración del agua, esta práctica, a pesar de que constituye

la medida más eficaz en función del costo para prevenir las caries dentales, se interrumpió por falta de fondos recurrentes. No obstante, se están realizando estudios para reiniciarla.

En 1994 murieron 68 personas por tumores malignos de la cavidad bucal. Según el Estudio Continuo (Muestra Básica), en Puerto Rico la población civil no institucionalizada realizó 3,5 millones de visitas al dentista en 1992 (1,0 visitas al dentista por persona). Esta tasa se mantuvo igual en comparación con la del año 1989. La tasa de visitas por persona por año fue de 1,2 para la población femenina y de 0,8 para la población masculina. El grupo de 45 a 64 años de edad registró la mayor tasa de visitas (1,3 por persona por año) y le sigue la población de 6 a 24 años de edad (1,1 por persona por año). Existe una relación directa entre el nivel de ingreso y la cantidad de visitas por persona. La tasa mayor de visitas por persona por año (1,5), se registró en el nivel de ingreso de US\$ 20.000 anuales o más, mientras que en el nivel de ingreso de menos de US\$ 5.000 anuales se reflejó la tasa más baja (0,6).

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En los últimos años y al igual que en otras partes del mundo, en Puerto Rico los costos de la atención de salud aumentaron en forma vertiginosa. El objetivo fundamental de la reforma del sistema de salud es frenar este aumento y asegurar que todos los habitantes reciban una atención médica de calidad a un costo razonable. El modelo puesto en vigor tiene además como propósito que el Departamento de Salud delegue la prestación de servicios en el sector privado, para eventualmente llegar a contar con un solo sistema de salud, manteniendo la responsabilidad de velar por que la población reciba servicios de salud apropiados. Se hace hincapié en el enfoque preventivo para minimizar en el largo plazo los costos de hospitalización y enfermedades catastróficas a través de la educación y promoción de formas de vida saludables.

Para cumplir con el objetivo de ofrecer mejores servicios de salud, el Gobierno ha señalado como una de sus tareas urgentes la reestructuración de las regiones sanitarias y de sus niveles de prestación, cuidando evitar duplicaciones. Las estrategias consisten en el establecimiento de grupos de trabajo interdisciplinarios nacionales y regionales, que elaboren e implanten el modelo para la evaluación de las regiones, la preparación de guías normativas que establezcan los servicios que debe proveer cada nivel, la agilización y el mejoramiento del sistema de envío de un nivel de servicios a otro, y la utilización de las instalaciones de los diferentes niveles de prestación y de las organizaciones comunitarias como ejes principales de las campañas de educación masiva.

La reforma del sector salud

El nuevo modelo de prestación de servicios a personas indigentes tiene como metas esenciales mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios en un marco de equidad y justicia social. Una vez implantado el proyecto en su totalidad, se espera la eliminación de las barreras que impiden el acceso a los distintos niveles de prestación de servicios (primario, secundario y terciario).

Hasta octubre de 1997, 61 de los 78 municipios de Puerto Rico (78%) han sido incluidos en el proceso de reforma sanitaria, y más de 1 millón de personas indigentes participan en el seguro de salud. Se espera que antes de finalizar el año fiscal 1997-1998 se sumen otros 14 municipios. A diferencia del período 1994-1997, cuando el concepto de privatización de las instituciones de salud era un contrato de arrendamiento, se contempla la venta de las instalaciones sanitarias al sector privado para una total privatización de los servicios.

Una de las principales metas de la reforma sanitaria es el control de los gastos asociados a la prestación de servicios médicos. Esta meta puede alcanzarse proveyendo acceso universal al cuidado médico necesario, controlando los costos de atención, reestructurando el sistema de servicios, definiendo y manteniendo un alto nivel de calidad en las prestaciones, desarrollando servicios de nivel primario con énfasis en la prevención, la promoción y la protección de la salud, y asegurando que cada persona contribuya con un pago razonable según sus ingresos.

La cobertura del plan de seguros del Gobierno incluye las prestaciones necesarias para mantener el buen estado de salud física y mental de la población, a saber, servicios ambulatorios, medicoquirúrgicos, hospitalarios, odontológicos, de laboratorio y de medicamentos. El costo del seguro y los montos deducibles están determinados por la capacidad de pago del beneficiario, que podrá seleccionar al proveedor dentro de la red de prestadores en su zona de residencia.

Las políticas públicas definidas deben formar parte integral de los procesos operativos del Departamento de Salud y su Administración de Facilidades y Servicios de Salud. Las estrategias trazadas consisten en elaborar, organizar y diseminar material informativo sobre la prevención de las enfermedades de mayor incidencia, diseñar e implantar programas educativos haciendo hincapié en las enfermedades crónicas y en las formas de vida, y crear mecanismos para que la población sea capaz de participar activamente en el cuidado y mantenimiento de su propia salud. Algunas actividades incluyen la identificación de las organizaciones voluntarias y sus servicios de orientación, y de las barreras que impiden el acceso a los servicios del Departamento de Salud.

Otra tarea a la que se asigna alta prioridad es el fortalecimiento de la capacidad técnica y administrativa para la provisión de servicios óptimos destinados a la prevención y el

tratamiento del sida. Las estrategias de trabajo son el establecimiento de mecanismos para el análisis, monitoreo y evaluación de los planes de disminución de riesgo y de educación a fin de medir su progreso, la identificación de factores que interfieren en la efectividad o eficiencia, la determinación de la necesidad de continuar, afinar, reducir, reorientar o expandir las operaciones, la expansión de las instalaciones de los centros de inmunología regional, la búsqueda de líderes que colaboren en la prevención del sida en sus comunidades, y la identificación de las necesidades físicas y psicosociales de las mujeres en edad fértil y de los niños infectados por el VIH, así como de sus familiares.

Otra tarea prioritaria es el fortalecimiento de los servicios de salud para garantizar que las personas de 65 años y más reciban en forma regular servicios para el cuidado y mantenimiento de su salud. Las estrategias de trabajo incluyen el análisis de los recursos existentes en las comunidades que proveen servicios específicos a este grupo de edad, la coordinación de los servicios y la realización de actividades educativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Otra tarea considerada prioritaria es el mejoramiento de la oferta y calidad de los servicios que ofrecen las instituciones de salud mental, a nivel de los centros primarios. Las estrategias de trabajo consisten en habilitar las instalaciones necesarias para la provisión de servicios básicos de salud mental, crear puestos de trabajo y reclutar el personal necesario para cada centro, y desarrollar un sistema continuo de atención de salud mental, en el ámbito de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

La Ley No. 101, conocida como Ley de Facilidades de Salud, establece que el Departamento de Salud es la única autoridad oficial encargada de la planificación de los servicios sanitarios. Para cumplir con las responsabilidades que la ley le asigna, el Departamento de Salud diseñó un esquema de regionalización que comenzó a aplicarse en 1958. Se seleccionó en primer lugar la zona atendida por el Hospital de Distrito de Bayamón, que incluía el Área Metropolitana de San Juan y 16 municipios. En 1960 se expandió el esquema general, dividiéndose a la isla en cinco regiones con una población de 350.000 a 900.000 habitantes cada una. Los tres niveles de atención incluidos en este esquema eran los centros de salud locales (atención primaria), los hospitales regionales (atención secundaria y terciaria) y la atención especializada a cargo del Centro Médico de Río Piedras, en el Área Metropolitana.

En 1970 se reestructuró el sistema existente y la isla fue dividida en tres regiones: nordeste, sur y oeste, con un hospital

base para cada región en los centros médicos de Río Piedras, Ponce y Mayagüez. En 1977, el esquema de regionalización se modificó en sus aspectos geográficos y funcionales. El nuevo esquema, que continúa vigente, incluye siete regiones (Área Metropolitana, Bayamón, Arecibo, Mayagüez, Ponce, Caguas y Fajardo) y dos subregiones (Aguadilla, en la región de Mayagüez y Humacao, en la región de Caguas), que a su vez han sido subdivididas en 16 áreas.

Se establecieron diferentes niveles de atención entrelazados, lo que permite que el usuario reciba la atención necesaria en un mínimo de tiempo y con un máximo de efectividad. El nivel primario es la puerta de entrada al sistema de salud, al que toda persona tiene acceso directo y desde donde se efectúan los envíos a los niveles superiores. Los servicios son accesibles a la población y están dirigidos a prevenir y tratar las enfermedades que tienen una alta probabilidad de afectar a las personas alguna vez en el transcurso de sus vidas.

El nivel primario cuenta con servicios de emergencia y ambulatorios y con instalaciones y equipos adecuados para el tratamiento de las enfermedades en centros de diagnóstico y tratamiento, centros de salud familiar, dispensarios y unidades de salud pública. Se hace hincapié en las actividades de promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad, complementadas con las de educación para la salud y debidamente combinadas con las de reparación y rehabilitación.

El nivel secundario tiene por finalidad resolver problemas de salud de frecuencia relativamente baja en individuos aislados pero cuya prevalencia es significativa en agregados poblacionales de más de 25.000 personas. Se presta especial atención a la detección precoz de enfermedades. La atención médica es intermitente y se accede a ella mediante envío desde el nivel primario, al que ofrece servicios de apoyo. Los servicios de nivel secundario se brindan en los hospitales de área y subregionales que, a su vez, cuentan con servicios ambulatorios y de hospitalización en sus especialidades básicas (medicina interna, obstetricia y ginecología y pediatría). En este nivel se pueden prestar servicios de cirugía, oftalmología y otros, y son indispensables las instalaciones de rayos X y los laboratorios clínicos.

El nivel terciario es el responsable de la atención de enfermedades poco frecuentes cuya prevalencia solo es predecible en poblaciones de varios municipios. Este nivel requiere servicios especializados y costosos, con tecnología compleja y profesionales de alta competencia. Los hospitales regionales de carácter especializado y subespecializado prestan servicios en este nivel. Los centros médicos de Mayagüez, Ponce y Río Piedras, y el Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe ofrecen servicios de máxima especialización.

El desarrollo poblacional en diversas zonas de la isla y la extensa utilización de los servicios afectaron a su accesibilidad y calidad. En el nuevo modelo, las oficinas regionales se mantuvieron, pero sus funciones cambiaron radicalmente para orien-

tarse hacia la promoción y protección de la salud. Las funciones operativas de atención directa a la población pasaron a ser normativas y se aplicó la estrategia de municipios saludables y de centros de bienestar pleno como instrumentos de participación social, resaltándose la importancia de las alianzas entre los diversos niveles.

El Departamento de Salud ha implantado las estrategias necesarias para lograr la integración de los componentes administrativos tanto en el nivel central como en el regional. En junio de 1995 se firmó la Orden Administrativa 99/104, cuyo objetivo esencial es la integración de esferas con funciones similares y la reducción del tamaño del Estado.

Legislación sanitaria

La transformación sectorial exige la revisión del marco legal existente. En el nivel central se crearon comités de trabajo con el propósito esencial de avanzar en el proceso de descentralización y de eliminar reglamentos obsoletos. El nuevo enfoque de los procesos de privatización requirió la enmienda de la ley de privatización de las instalaciones de salud. Esta reforma de la ley contempla la venta al sector privado de las instalaciones sanitarias así como la consideración de otros modelos de privatización.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

Prestación de servicios de salud: instalaciones y normas de atención. La Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS) es el organismo del Departamento de Salud responsable de la regulación y fiscalización de la calidad de los servicios y del funcionamiento de las instalaciones sanitarias en Puerto Rico. Está compuesta por la Oficina del Secretario Auxiliar, la Oficina de Administración, la División de Certificados de Necesidad y Conveniencia, la División de Drogas y Farmacias, la División de Laboratorios, la División de Instituciones de Salud, la División de Coordinación de Medicare y la División de Emergencias Médicas. Bajo su órbita funciona la Junta de Bioequivalencia de Medicamentos. Vigila la adopción ordenada de las normas y leyes estatales y federales que regulan los servicios de salud; asesora y orienta al público en general sobre la reglamentación aplicable a los servicios de salud, y prepara y revisa leyes, reglamentos, normas y procedimientos relacionados. Entre sus responsabilidades más específicas se cuenta la de ejecutar los reglamentos, procedimientos, órdenes ejecutivas y memorandos establecidos por los organismos y entidades reguladoras y fiscales del sistema de administración pública y de la Oficina Regional de Administración del Financiamiento de la Asistencia Sanitaria (Health Care Financing Administration, HCFA).

La División de Certificados de Necesidad y Conveniencia evalúa las solicitudes de ampliación de servicios, compra-venta de instalaciones sanitarias, extensiones de períodos de vigencia, remodelación, inversiones de capital y adquisición de equipo médico altamente especializado. Orienta y asesora a las personas que proyectan ofrecer un servicio de salud, sobre las leyes, los reglamentos y los procesos adjudicatorios. Investiga también las querrelas relacionadas con posibles violaciones a la ley y a los reglamentos, y testifica en los foros administrativos o judiciales, según se requiera. Su principal misión es promover la planificación ordenada de instituciones y servicios de salud para satisfacer las necesidades de la población en esta materia, controlar los costos de los servicios y asegurar su prestación en las zonas donde sea necesario.

La División de Drogas y Farmacias tiene a su cargo la orientación, información y otorgamiento de licencias a los establecimientos donde se manufacturan, producen, envasan, venden y distribuyen drogas, medicamentos, productos farmacéuticos y productos químicos. Realiza también tareas de inspección en estos establecimientos y se ocupa de custodiar y mantener al día el Registro de Medicamentos de Puerto Rico.

La División de Laboratorios se ocupa de inspeccionar y licenciar anualmente a los laboratorios clínicos y de anatomía patológica y a los bancos de sangre, antes de otorgar o renovar las licencias, que son anuales. Controla también los consultorios médicos en los que se procesan análisis clínicos.

La División de Instituciones de Salud fiscaliza los servicios de salud provistos a la ciudadanía. Es la responsable de inspeccionar y licenciar las 282 instituciones de salud, incluidos hospitales, centros de diagnóstico y tratamiento, casas de salud, centros de salud mental, centros de rehabilitación vocacional, unidades de salud pública, centros de rehabilitación social e instituciones médicas para retardados mentales.

La División de Coordinación de Medicare realiza inspecciones para certificar las instalaciones de salud que participan en el Programa de Medicare de la Ley de Seguridad Social Federal, mediante contrato entre la HCFA y el Departamento de Salud.

La División de Emergencias Médicas reglamenta, fiscaliza, planifica y desarrolla los diferentes campos de los servicios de emergencias médicas. Junto con la Comisión de Servicio Público regula la operación de ambulancias. Todo operador de ambulancia debe contar con una licencia expedida por la Comisión de Servicio Público una vez aprobado el curso de capacitación certificado por el Departamento de Salud.

Certificación y ejercicio de las profesiones de la salud. La Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud se encarga de toda la normativa concerniente al ejercicio de las profesiones de la salud, la administración de exámenes de reválida, la expedición de licencias y certificaciones, el registro de estas licencias y la renovación que fija la ley cada tres años, de acuerdo con el requisito de

educación continua. Agrupa a las Juntas Examinadoras de los profesionales de salud reglamentados y al Registro de Profesionales. Provee a las Juntas los servicios administrativos que requieren para su funcionamiento.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Control de la calidad del ambiente (agua, aire, suelo, vivienda y seguridad química, incluidos los residuos peligrosos). En consonancia con la relación política existente entre Puerto Rico y los Estados Unidos de América, varias agencias federales y estatales tienen a su cargo la reglamentación y fiscalización de las actividades relacionadas con la protección del ambiente. En el ámbito federal, la principal de ellas es la Agencia de Protección Ambiental. En el ámbito local, la responsabilidad primaria recae en la Junta de Calidad Ambiental, adscrita a la Oficina del Gobernador. Otras corporaciones y organismos públicos de Puerto Rico que desempeñan un importante papel en la materia son el Departamento de Salud, el Departamento de Recursos Naturales y Ambientales, la Autoridad de Desperdicios Sólidos y la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados.

La Junta de Calidad Ambiental se creó en el año 1970 y su función es adoptar reglas y preparar reglamentos, realizar investigaciones, imponer sanciones, incoar acciones judiciales y administrativas y fijar los requisitos para expedir permisos relacionados con sus programas para el control de la contaminación de cuerpos de agua subterráneos y superficiales, del aire y de los terrenos y por ruidos. Además, está facultada para atender emergencias ambientales, tales como las producidas por derrames de petróleo y sustancias o residuos peligrosos, y administra con tal propósito los fondos que establece la Ley del Fondo de Emergencias Ambientales.

La Autoridad de Desperdicios Sólidos es una corporación pública creada en 1978. Entre otras atribuciones, está facultada para proveer asistencia técnica y económica a los gobiernos municipales sobre el manejo y la disposición adecuada de los residuos sólidos. De ser necesario, está facultada para operar las instalaciones para la disposición de los residuos.

El Departamento de Recursos Naturales y Ambientales fue creado en el año 1972. Entre otras funciones, se ocupa de la administración de las leyes de Bosques, de Aguas, de Minas, de Cuevas, Cavernas y Sumideros, y de Arena, Piedra y Grava. Además, es el principal responsable del manejo de la costanera de Puerto Rico y de la conservación de la vida silvestre. El Cuerpo de Vigilantes adscrito a este Departamento, junto con los inspectores de la Junta de Calidad Ambiental y del Departamento de Salud y los miembros de la Policía de Puerto Rico, son recursos muy importantes para el funcionamiento

de los programas de orientación y fiscalización del cumplimiento de las disposiciones legales vigentes.

La Autoridad de Acueductos y Alcantarillado es una corporación pública que tiene a su cargo la provisión de agua potable a las comunidades y la administración de los sistemas de alcantarillado sanitario. Asimismo, controla las descargas de aguas a sistemas de tratamiento públicos y, cuando es necesario, ordena su tratamiento previo. El Departamento de Salud mantiene una vigilancia activa de la calidad del agua potable en sistemas de agua públicos. El Congreso de los Estados Unidos aprobó en 1974 una ley conocida como Ley de Agua Potable e Inocua, que responsabiliza a la Agencia de Protección Ambiental por el establecimiento de las normas nacionales mínimas sobre contaminantes del agua potable. Estas normas determinan los niveles máximos permitidos de sustancias radiactivas, químicas orgánicas e inorgánicas, plaguicidas, herbicidas y bacterias que pueden encontrarse en el agua. La ley cubre a todo sistema de agua que supla durante el año a más de 25 personas o tenga 15 conexiones.

En julio de 1977 se aprobó la Ley para la Protección de las Aguas Potables de Puerto Rico. En virtud de las disposiciones de esta ley, en diciembre de 1977 se promulgó el Reglamento del Secretario de Salud No. 42, que ha sido enmendado en dos ocasiones. Este Reglamento incluye los límites permitidos de contaminantes en el agua potable en todos los sistemas de agua públicos de Puerto Rico. En coordinación con la Junta de Calidad Ambiental, la Agencia de Protección Ambiental administra en Puerto Rico el Sistema Nacional de Eliminación de Residuos Contaminantes. De esta forma se pretende controlar la descarga de sustancias contaminantes a las aguas de Puerto Rico. Además, la Agencia de Protección Ambiental cumple un papel importante en el control del manejo y disposición de los residuos sólidos peligrosos, así como en la investigación de lugares contaminados con sustancias peligrosas y el diseño, planificación e implantación de las actividades de saneamiento que sean necesarias.

Control de los alimentos. El Departamento de Salud ha delegado en la Secretaría Auxiliar de Salud Ambiental la responsabilidad por el control de la calidad de los alimentos. Para evitar que estos se conviertan en un problema de salud pública se crearon programas como el de Higiene de los Establecimientos que Preparan y Sirven Alimentos, el de Higiene de la Leche, y el de Higiene de Fábricas, Almacenes de Alimentos y Abastos de Carne.

Promoción de la salud. El Departamento de Salud está cambiando la orientación de sus actividades fundamentalmente curativas hacia un enfoque que privilegia la promoción de la salud. La Secretaría Auxiliar para la Promoción y Protección de la Salud ejecuta el Programa de Medicina Preventiva, que realiza actividades de promoción de la salud y

prevención de la enfermedad consonantes con los objetivos de salud para todos en el año 2000. Para la difusión de estas actividades, se han utilizado para ello medios de comunicación masiva y se han organizado charlas, talleres y ferias de salud. Se constituyeron grupos de trabajos colaborativos (coaliciones) con capacidad organizativa, técnica y de liderazgo, que lograron convocar a representantes de agencias públicas y privadas, del sector de negocios y de medios de comunicación masiva con el propósito de aunar esfuerzos para alcanzar las metas del programa. Las actividades se dirigen al público en general y se realizan en lugares públicos como centros comerciales, centros primarios de salud, universidades, lugares de trabajo, comunidades aisladas, hoteles, hogares de ancianos, hospitales, escuelas e iglesias, entre otros.

Sistema de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública.

La notificación de enfermedades infecciosas por profesionales de la salud al Programa de Epidemiología se rige por la Ley No. 81 promulgada en marzo de 1912. El programa ofrece asistencia técnica y médica a los tres niveles organizados de prestación de servicios. Personal de enfermería epidemiológica capacitado, que trabaja en los niveles de cuidados primarios y secundarios de cada municipio, recopila e informa semanalmente a su región de salud sobre la cantidad de casos de enfermedades transmisibles existente. En el nivel regional, un enfermero epidemiólogo y un epidemiólogo agrupan e informatizan los datos de los municipios y los comunican a la División de Epidemiología, en el nivel central. Allí se coordina la recopilación de toda la información epidemiológica, que luego se transmite por vía telefónica desde las computadoras regionales, para ser analizada, interpretada y difundida nuevamente a cada uno de los niveles ya descritos.

El Programa de Epidemiología colabora en forma directa con los CDC en la recopilación, análisis y diseminación de los datos de vigilancia epidemiológica y en la notificación de brotes agudos de enfermedades infecciosas. Los CDC, por su parte, proveen al programa servicios de consultoría y apoyo y establece las normas sobre métodos de prevención y control de enfermedades que son utilizados en Puerto Rico. Con el respaldo de los CDC, el programa funciona como organismo consultor de los hospitales del sistema público y privado de todas las regiones de salud de Puerto Rico, realiza investigaciones epidemiológicas y actividades educativas y de adiestramiento para la prevención y el control de enfermedades.

Durante períodos de brote, la División de Epidemiología trabaja en forma coordinada con el Programa de Salud Ambiental y con el Instituto de Laboratorios de Salud. Cuando aparece un brote de dengue, el programa de Epidemiología colabora con el Laboratorio de Dengue de los CDC, ubicado en San Juan.

El Instituto de Laboratorios de Salud cuenta con cinco programas operacionales: el Programa de Pruebas de Proficien-

cias de Laboratorios Clínicos, el Programa de Toxicología de Alcohol, el Programa de Certificación de Laboratorios Sanitarios, el Programa de Laboratorios para Soporte Epidemiológico y el Programa de Laboratorio de Higiene Ambiental.

Servicios de agua potable y alcantarillado. La Autoridad de Acueductos y Alcantarillados cuenta con 208 sistemas de aguas que abastecen aproximadamente a 97% de la población de la isla. El 3% restante se abastece por otros medios. El 74% de la población urbana está conectada al servicio de alcantarillados (26% pozos sépticos) y 80% de la población rural cuenta con servicios de saneamiento básico, incluidas letrinas. La Autoridad de Acueductos y Alcantarillados notifica a los consumidores sobre toda deficiencia en la calidad del agua potable.

Servicios de manejo de residuos sólidos. De acuerdo con estimaciones de la Autoridad de Desperdicios Sólidos, en 1994 se generaron casi 2 millones de toneladas de residuos sólidos en la isla. De estas, gran parte se dispuso en vertederos municipales y solo una pequeña porción (7% del total) se recuperó para su reciclado.

Programas de ayuda alimentaria. Prevenir los factores de alto riesgo nutricional, en especial los asociados con enfermedades crónico-degenerativas, brindando servicios con enfoque preventivo a los grupos vulnerables, es una prioridad estratégica del Departamento de Salud. Entre las medidas adoptadas por este Departamento durante el año fiscal 1994–1995 se cuentan el pronunciamiento de la política pública para la promoción de la lactancia materna y la realización de entrevistas y asesoramientos sobre aspectos de nutrición. En ese período, el Programa Federal de Alimentación Suplementaria a Madres, Infantes y Niños alcanzó una matrícula de 197.663 participantes, lo que representa un aumento de 40.000 participantes en comparación con el año anterior. Se mejoró la divulgación de los servicios del programa mediante campañas de orientación en nutrición dirigidas a médicos, hospitales y clínicas pediátricas. En coordinación con otras agencias, se agilizaron los procesos de referencia al programa, lográndose un aumento de 2% en las madres certificadas, se identificaron varios refugios e instituciones para personas sin hogar y se coordinó la prestación de servicios a este segmento de la población.

El Departamento de la Familia, a través de la Secretaría Auxiliar de Asistencia Pública, ejecuta el Programa de Asistencia Nutricional. Este programa se estableció en julio de 1982 con el objeto de ofrecer ayuda económica a familias de ingresos limitados, para suplementos alimentarios y para situaciones de emergencia. Durante el año fiscal 1993–1994 se benefició a un promedio mensual de 490.813 familias. El total de fondos distribuidos ascendió a US\$ 1.002.817.928 (US\$ 2.043.18 por familia).

El Programa de Distribución de Alimentos tiene como propósito fundamental repartir alimentos donados por el Departamento de Agricultura Federal entre personas de poco o ningún ingreso, a las que se provee una dieta balanceada. Los alimentos se distribuyen entre los beneficiarios del Programa de Asistencia Económica, los residentes en Proyectos de Vivienda Pública y las comunidades de extrema pobreza identificadas como tales en el Programa de Rehabilitación Económica y Social. En 1993–1994 participaron en este programa 182.326 familias.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias. El sistema de prestación de servicios de salud incluye las instalaciones públicas, públicas privatizadas y privadas. Las instalaciones que ofrecen servicios primarios tienen que cumplir con los requisitos de acreditación contemplados en la Ley No. 101 y el Reglamento No. 52. Según datos de la Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS), en 1997 funcionan en Puerto Rico 68 hospitales, 24 públicos (incluidos los públicos privatizados) y 44 privados. De los públicos, 16 son generales, 3 son especializados, 4 psiquiátricos y uno federal. De los privados, 38 son generales, 4 especializados y 2 psiquiátricos. Los 24 hospitales públicos tienen un total de 5.464 camas, 3.930 son camas habilitadas y 3.811 de estas son camas en uso. Los hospitales privados cuentan con 6.614 camas, de las cuales 6.239 son camas habilitadas y 5.818 de estas son camas en uso.

Según el Informe Anual de Estadísticas Institucionales, para el año fiscal 1993–1994 el sector público registró en sus tres niveles de prestación de servicios un total de 2.952.491 visitas a clínicas externas, 2.093.294 a salas de emergencia, una estadía promedio de 5,33 días y 67,17% de camas ocupadas. En el nivel terciario la estadía promedio fue de 5,83 días y el porcentaje de ocupación de las camas, 70,26%.

Recursos humanos

Los profesionales que prestan servicios de salud en las instalaciones públicas y privadas deben haber cursado estudios formales en colegios o universidades reconocidos por el Gobierno de Puerto Rico y deben cumplir con los requisitos de educación continua estipulados en la Ley No. 11.

De los 6.269 médicos activos en 1989–1992, 3.377 pertenecían al sector público y 1.283 al sector privado, 1.601 tenían empleo propio y 8 realizaban trabajo voluntario. Había 6.707 enfermeros generalistas en el sector público y 5.252 en el sector privado. De los 7.394 enfermeros prácticos licenciados,

4.406 se encontraban en el sector público y 2.807 en el privado, 175 en empleos propios y 6 en trabajos voluntarios. En 1989–1992 el sector público contaba con 55% de los enfermeros generalistas, 59,6% de los enfermeros prácticos licenciados y 53,9% de los médicos, mientras que el sector privado tenía 43,1% de los enfermeros generalistas, 38,0% de los enfermeros prácticos licenciados y 20,5% de los médicos.

Formación del personal de salud. La preparación formal del personal de salud se obtiene en programas educativos en o fuera de Puerto Rico, siempre y cuando sean reconocidos por el gobierno local. Hay actualmente escuelas de medicina, de enfermería, de farmacia, de tecnología médica y de profesiones relacionadas con la salud (terapia física, terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje y otros), internados en nutrición y dietética, una Escuela Graduada de Salud Pública y programas para graduados en psicología, entre otros. Además existen programas de internados y residencia en diversas especialidades médicas y escuelas técnicas y de grados asociados en otras disciplinas relacionadas con la salud.

Mercados de trabajo de los profesionales de la salud. Tradicionalmente, el mayor mercado de trabajo era el sector público; sin embargo, con la reforma del sistema de salud este escenario ha cambiado. Actualmente, el sector privado recluta a más profesionales, ya que se está haciendo cargo de la provisión de servicios de salud a los indigentes. Por otro lado, el mercado de las aseguradoras de salud ha abierto nuevas oportunidades laborales a los profesionales de la salud. Al proveerse contratos de servicios en las diversas regiones donde se

implanta la reforma, se está produciendo un movimiento de profesionales a sectores no contemplados anteriormente. Por su parte, el Departamento de Salud, para cumplir con sus funciones medulares, requiere profesionales diestros en el campo de análisis y establecimiento de políticas públicas.

Investigación y tecnología en salud

Las actividades de investigación y tecnología están asociadas a los centros universitarios en coordinación con el Departamento de Salud. Se realizan proyectos de investigación por acuerdos con los CDC y otros subvencionados con fondos federales, especialmente en el campo de tratamiento de pacientes con VIH y sida.

Gasto y financiamiento sectorial

En la década fiscal 1986–1995, la tasa de crecimiento anual de los precios en el renglón de gastos médicos fue de 6,0%. Aunque aparentemente se ha producido una sistemática reducción en las tasas de crecimiento anual, 7,1 en 1992, 5,6 en 1993, 2,9 en 1994 y 5,0 en 1995, no deja de ser cierto que el crecimiento de los precios en este renglón ha estado siempre por encima del nivel general de la inflación en casi todos los años de esta década. En 1995–1996 el presupuesto de funcionamiento del Departamento de Salud y la Administración de Facilidades y Servicios de Salud fue de US\$ 1.035.788.933.

Hasta diciembre de 1996, 1.033.777 personas habían contratado seguros de salud a un costo de US\$ 608 millones.

REPÚBLICA DOMINICANA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La República Dominicana ocupa las dos terceras partes de la isla caribeña de La Española, al oeste de Puerto Rico. La extensión de su territorio, que solo tiene frontera con Haití, es de 48.400 km². Su población se estimó en 7,8 millones en 1995. A efectos político-administrativos el país está dividido en tres regiones y siete subregiones, que agrupan 29 provincias y el Distrito Nacional.

La economía dominicana ha experimentado profundas transformaciones en las dos últimas décadas. Hasta mediados de los años setenta los productos tradicionales de exportación, predominantemente agrícolas, constituían 60% del valor de las exportaciones. Este espacio fue ocupado por el sector servicios, particularmente los servicios económico-financieros, relacionados con el turismo y las zonas francas industriales, que en 1995 representaron más de 70% de las exportaciones. Esta transformación se acompañó de grandes desajustes y desequilibrios económicos y sociales. Los procesos de ajuste macroeconómico de los años ochenta redujeron considerablemente el gasto social y reorientaron el gasto hacia la inversión, sobre todo en infraestructura. El gasto anual per cápita en educación en el período 1987–1990, ajustado según el efecto de la inflación, fue 40% del correspondiente a 1980; el gasto en salud fue 7,5% menor. En conjunto, los sectores salud y educación recibieron menos de 5% del gasto público entre 1986 y 1990.

La tasa de cambio del peso dominicano (RD\$) frente al dólar estadounidense (US\$) pasó de RD\$ 1 en 1980 a unos RD\$ 12 por cada US\$ en 1990. Los precios de la canasta familiar aumentaron más de 400% y el índice de precios al consumidor 467%. El salario mínimo solo subió 29% y ajustado según el efecto de la inflación se redujo 42%. El desempleo llegó hasta 27% y el consumo per cápita de calorías se redujo 7%. Como consecuencia se produjeron numerosas protestas

populares y se acentuó la emigración de la población económicamente activa.

A fines de 1990 se estableció otro programa de ajuste económico. En 1992 el producto interno bruto (PIB) volvió a crecer y hasta 1996 se ha mantenido un crecimiento promedio anual de más de 5%. En 1996 el PIB creció 5,4% y en 1997 se estima que crecerá 6,9%. El ingreso per cápita en 1996 llegó a US\$ 1.824. La estabilidad de los precios y los aumentos salariales en el sector privado y los aumentos de salarios en el sector público de mayo de 1995 habían logrado recuperar el salario mínimo real y el salario en dólares hasta valores que en enero de 1996 excedían en 14% a los correspondientes a 1980. En 1997 ha habido nuevos aumentos salariales. Desde 1992 la inflación ha mostrado una tendencia a la baja. En 1995 fue de 3,7% y en 1996 de 0,9%. Se estima en 4,4% para 1997. La tasa de cambio en el mercado libre se ha mantenido relativamente estable alrededor de RD\$ 14 por US\$ 1 en 1996 y 1997. El servicio de la deuda externa e interna ha aumentado considerablemente, pagándose en 1995 más de RD\$ 2.400 millones por este concepto.

Esta situación de estabilidad y crecimiento macroeconómico ha mejorado el poder adquisitivo de la población con empleo. La pobreza absoluta parece haber disminuido, pero la reducción del gasto social en educación y salud y su impacto sobre el presupuesto familiar, el desempleo —que se ha mantenido en 1996–1997 alrededor de 15%— y el elevado porcentaje de población vinculada a la economía informal y a relaciones económicas no salariales ha hecho aumentar considerablemente la pobreza relativa y el número de personas en condiciones de marginalidad. Al mismo tiempo la economía se ha hecho altamente vulnerable y dependiente de factores externos no controlables. Se ha acumulado una considerable deuda pública interna estimada en unos US\$ 400 millones a mediados de 1997, lo que tiende a contraer la inversión privada interna.

El sistema fiscal se considera muy frágil por su elevada dependencia de los precios internacionales del petróleo y de las

recaudaciones aduaneras, que por convenios internacionales tienden a disminuir. El sistema financiero sufre las distorsiones oligopólicas que se traducen en una alta dependencia de elevadas tasas de interés para atraer capital externo. Los ingresos en divisas son altamente dependientes de las exportaciones de zonas francas y del turismo, ambos vulnerables a procesos internacionales no controlables por el país, como las oscilaciones de las tasas de interés en los mercados financieros internacionales, las decisiones políticas sobre trato preferencial en el mercado estadounidense y las preferencias de los operadores turísticos internacionales. La producción industrial interna depende en gran medida del proteccionismo gubernamental y está poco preparada para la competencia internacional. Otro factor de vulnerabilidad es la escasa inversión en desarrollo humano. Se ha acumulado una gran deuda social, con grandes carencias en educación y salud, deterioro de los servicios públicos básicos de transporte y energía eléctrica y una distribución muy desigual del ingreso, que constituye un permanente riesgo de inestabilidad social y política y un freno a la productividad.

En lo político son limitaciones estructurales la escasa institucionalidad, la poca fiabilidad y eficiencia del sistema judicial, el centralismo de la administración y la carga burocrática derivada de la cultura clientelista, la complejidad de procedimientos y el atraso tecnológico de las instituciones públicas. Existe un amplio consenso nacional sobre la necesidad de reformas estructurales y en ese clima general ha ocurrido un relevo generacional y político en la Presidencia. El nuevo gobierno tomó posesión en agosto de 1996 en medio de grandes expectativas de cambio de modelo económico y político.

Población

El crecimiento demográfico anual entre 1990 y 1995 fue de 3,0%. Los menores de 15 años constituyen 35% de la población y los mayores de 64 son solo 4%. El porcentaje de población urbana se estimó en 1980 en 50% y en 1995 en 65%.

La esperanza de vida al nacer ha pasado en el mismo período de unos 44 años a 65. La tasa global de fecundidad ha descendido de 7,4 a 3,1 hijos por mujer en edad fértil. La tasa bruta de natalidad ha disminuido de alrededor de 50 hasta 27 por 1.000.

Desde los años setenta la emigración representa un importante componente de las estrategias de supervivencia de la población dominicana. Se considera que por lo menos 700.000 dominicanos han emigrado en los últimos 30 años. Las estimaciones más fiables señalan 300.000 inmigrantes residentes en el país alrededor de 1994. En 1991 se comprobó una alta movilidad territorial interna: 34% de la población había cambiado de localidad de residencia por lo menos una vez en su vida; 9% lo había hecho en el último quinquenio.

El primer intento de clasificar y estratificar a la población dominicana desde la perspectiva de salud y condiciones de vida con base territorial se realizó en 1992–1993, utilizando información de la Encuesta Demográfica y de Salud de 1991 (ENDESA 91). Se aplicó un Indicador de necesidades básicas insatisfechas (NBI) modificado. Se agruparon las provincias en siete estratos según la proporción de familias con NBI. A nivel nacional las necesidades de 33,7% de los hogares se hallaron “mayormente insatisfechas”, las de 38,4% de los hogares se hallaron “medianamente satisfechas” y las del 28% restante, “mayormente satisfechas”. En las provincias del estrato VII, de 70% a 89% de las familias tuvieron necesidades mayormente insatisfechas. Se halló que 14,8% de la población urbana y 66,3% de la rural vivía en las provincias clasificadas como de “necesidades mayormente insatisfechas”, con 33,7% de la población del país y 19% del ingreso nacional en la fecha del estudio.

Desde una perspectiva geográfica, los municipios extremadamente pobres se concentran en el suroeste y noroeste del país, a lo largo de la frontera con Haití.

La Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, junto con la Universidad Autónoma de Santo Domingo, ha estudiado la actividad económica predominante y la acumulación de bienes y servicios durante el período 1990–1994. Esta investigación ha mostrado que las provincias más pobres tienen actividades predominantemente agropecuarias, de subsistencia, así como tasas de crecimiento demográfico negativas, valores nacionales mínimos de cobertura de vacunaciones, abastecimiento de agua potable y egresos hospitalarios, y valores máximos de defunciones sin atención médica y sin diagnóstico de causa de muerte.

Mortalidad

La tasa de mortalidad general estimada ha disminuido progresivamente hasta 5,5 por 1.000 en 1990–1995 y se estima en 5,2 por 1.000 para el período 1995–2000. Este descenso ha ocurrido en todos los grupos de edad y en ambos sexos y corresponde a la elevación de la esperanza de vida al nacer, que pasó de 53,6 años en 1960–1965 a 69,6 en 1990–1995 y que se estima llegará a 70,9 en el período 1995–2000.

La tasa bruta de mortalidad registrada en 1994 fue de 2,7 por 1.000 habitantes (3,1 en los varones y 2,3 en las mujeres). Entre 1990 y 1994 las enfermedades cardiovasculares representaron el grupo más frecuente de causas diagnosticadas de muerte, con tasas registradas que se mantuvieron más o menos estables, alrededor de 80 por 100.000, aunque aumentó ligeramente su peso en el total de mortalidad registrada, de 29,2% a 33,9%. Las enfermedades transmisibles, que en 1990 ocupaban el segundo lugar en los diagnósticos de muerte, bajaron al cuarto lugar, con tasas de 46,6 y 27,1 por 100.000 en 1990 y 1994, respectivamente. En proporción

pasaron de 16,8% a 11,5% del total de defunciones. Las causas externas (lesiones inintencionales y violencia), pasaron del tercero al segundo lugar, aun cuando su tasa descendió de 33,9 a 30,2 por 100.000. Su proporción aumentó ligeramente de 12,2% a 12,9%. Los tumores, que ocupaban el cuarto lugar en 1990 con una tasa de 27,7 por 100.000 pasaron al tercero, con una tasa de 28,0 por 100.000. Proporcionalmente pasaron de 10,0% a 11,9%. Las causas perinatales se mantuvieron en el quinto lugar, con tasas de 14,8 y 12,6 por 100.000 respectivamente y proporciones de 5,4% en ambos años. En la mortalidad femenina en 1994 predominaron las enfermedades del aparato circulatorio con 38,2% de las muertes registradas, seguidas de las neoplasias con 13,6%, las enfermedades transmisibles con 11,9% y las causas externas con 5,8%. En el sexo masculino, las enfermedades cardiovasculares representaron 30,7% de las defunciones, las causas externas 18,0%, las transmisibles 11,3% y las neoplasias 10,8%.

Parece haber pues una tendencia a la reducción de las defunciones por enfermedades transmisibles y al aumento de las muertes por causa externa, manteniéndose más o menos estable la proporción correspondiente a tumores y enfermedades perinatales. Sin embargo, estas y todas las cifras de mortalidad por diagnóstico usadas en este informe deben considerarse con mucha precaución, ya que se estima que en 1994 el subregistro fue cercano a 50% y la proporción de muertes registradas como síntomas y estados mal definidos se ha mantenido alrededor de 15% entre 1990 y 1994.

Para estimar el efecto potencial de las intervenciones favorables a la salud pública se compararon los valores del país con los mejores valores alcanzados por países de similar nivel de recursos económicos. Para la comparación se seleccionaron Cuba, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú, por tener PIB per cápita ajustados según paridad de poder adquisitivo similares al de la República Dominicana. También se compararon los datos dominicanos con los mejores alcanzados por países del continente. En esperanza de vida al nacer la brecha reducible con relación a los mejores valores del continente disminuyó de 33% en 1960–1965 a 15% en 1990–1995. La brecha con respecto a los mejores valores de países con similar nivel de recursos disminuyó de 22% en 1960–1965 a 12% en 1990–1995. En cuanto a mortalidad, en el período 1985–1990 la brecha con respecto a los mejores valores del grupo de países de referencia fue de alrededor de 42% y con respecto a los mejores valores de las Américas, de 50%. Esto significa que en 1994 unas 19.000 muertes podrían haberse evitado. La brecha es máxima en los menores de 5 años y se reduce progresivamente hasta ser pequeña en los grupos de mayor edad. Esto significa que la mayor ganancia potencial de reducción de la mortalidad y aumento de la esperanza de vida se concentra en los menores de 5 años.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del lactante (menor de 1 año)

La tasa de mortalidad infantil registrada fue de 19,1 por 1.000 nacidos vivos en 1990 y de 11,5 por 1.000 en 1994. En 1994 los menores de 1 año representaron 10,9% de todas las muertes registradas. Según dos estimaciones —una del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y la OPS y otra basada en la ENDESA 96—, la tasa de mortalidad infantil estaría entre 42 y 47 por 1.000, lo que supone de 72% a 75% de subregistro.

En el último decenio el ritmo de descenso de la mortalidad infantil parece disminuir. Hay por otra parte importantes diferencias territoriales. En el período 1991–1996 la mortalidad infantil registrada por 1.000 nacidos vivos fue 26,4 en las áreas urbanas y 29,1 en las rurales. Las tasas estimadas varían desde 45 por 1.000 en el Distrito Nacional hasta cerca de 70 por 1.000 en las zonas más pobres. Por nivel educativo de la madre la tasa estimada varía desde 85 en el grupo de madres sin educación hasta 20 por 1.000 en el de mujeres con educación superior.

Las enfermedades transmisibles representaron 30% de las muertes de menores de 1 año, las enfermedades originadas en el período perinatal 44,8%, las del aparato circulatorio 3,2% y las causas externas 2,9%.

Entre 1990 y 1995 la proporción de nacimientos con bajo peso en 25 de los principales hospitales del país fue 9,2%, mostrando un descenso respecto a mediciones anteriores.

La salud del niño preescolar (de 1 a 4 años)

Según estimaciones del CELADE la tasa de mortalidad en este grupo ha descendido hasta 4 por 1.000 en 1990–1995, siendo ligeramente mayor en el sexo masculino que en el femenino (4,0 y 3,6 por 1.000, respectivamente). Sin embargo, las estimaciones basadas en la ENDESA 96 indican una tasa de 11 por 1.000. En 1990 este grupo de edad aportó 5% del total de muertes registradas. En 1994 contribuyó con 3,4% de ese total.

En los diagnósticos de muerte las enfermedades transmisibles representaron en 1994, 37,7% del total, las causas externas 17,6%, las enfermedades del aparato circulatorio 5,0% y las neoplasias 2,5%.

Por diagnósticos más específicos, las infecciones intestinales aportaron 15,9% de las defunciones, las deficiencias nutricionales 15,3%, las infecciones respiratorias agudas 12,5%, las lesiones no especificadas 9,4% y las anomalías congénitas 5,5%. La distribución es bastante similar en ambos sexos, ex-

cepto en las causas externas que representan una proporción ligeramente mayor en varones.

La salud del niño en edad escolar (de 5 a 14 años)

La tasa de mortalidad estimada en este grupo de edad en el período 1990–1995 es de 0,7 por 1.000. En 1990 este grupo contribuyó con 2,4% del total de muertes registradas y en 1994 con 2,0%. Las causas externas aportaron 41,4% de las defunciones (29,3% en niñas y 50,7% en niños), el grupo de “otras diagnosticadas” 25,5% (32,9% en niñas y 19,8% en niños), las enfermedades transmisibles 15,1% (17,4% en niñas y 10,6% en niños), las del aparato circulatorio 10,7% (12,0% en niñas y 9,6% en niños) y las neoplasias 7,3% (8,4 en niñas y 6,4 en niños).

Por diagnósticos más concretos, las lesiones no especificadas ocuparon el primer lugar, seguidas de las deficiencias nutricionales, las infecciones intestinales, y las enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón.

La salud de la población de 15 a 44 años

La tasa de mortalidad estimada en este grupo disminuyó hasta 1,8 por 1.000 en el período 1990–1995 (2,05 por 1.000 en hombres y 1,5 en mujeres). En 1990 estas edades aportaron 19% del total de defunciones.

Según la clasificación en seis grupos de causas de defunción, 26,9% de las muertes correspondieron al grupo de “otras”, 16,8% a enfermedades cardiovasculares, 9,3% a causas externas, 11,1% a enfermedades transmisibles y 8,1% a neoplasias. En el sexo femenino, el grupo de “otras” aportó 33,9% de las muertes, las enfermedades cardiovasculares 22,6%, las neoplasias 14,7%, las enfermedades transmisibles 14,5% y las causas externas, 14,0%. En el sexo masculino las causas externas aportaron casi la mitad de las muertes, 48,8%. Las del grupo de “otras” 23,3%, las enfermedades cardiovasculares 13,8%, las transmisibles 9,3% y las neoplasias 4,7%.

Por grupos de diagnósticos más específicos, en mujeres la tuberculosis, que en 1990 ocupó el primer lugar, ha pasado al segundo. El primero lo ocupan las enfermedades circulatorias pulmonares y el tercero las lesiones por accidentes de tráfico, seguidos por las enfermedades cerebrovasculares y las isquemias coronarias. Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, que en 1990 aportaron 6,9% de las defunciones en este grupo, en 1994 representaron 5%. En el sexo masculino la mortalidad debida al tráfico ocupó el primer lugar, seguida por los homicidios, otras lesiones, y las enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón.

La tasa de mortalidad materna registrada en 1990 fue de 45 y en 1994 de 30,7 por 100.000 nacidos vivos. La tasa esti-

mada correspondiente a 1990 es 110 por 100.000, lo que implica un subregistro de 59%. Estimaciones más recientes basadas en la ENDESA 96 indican que la tasa de mortalidad materna podría ser de 200 por 1.000 nacidos vivos en el período 1983–1994.

Más de 97% de los embarazos reciben dos o más consultas de atención prenatal y más de 95% de los partos reciben atención institucional.

Un problema importante son los embarazos de las adolescentes. En 1996 alrededor de 23% de las jóvenes de 15 a 19 años de edad habían tenido por lo menos un embarazo y esta proporción parece ir en aumento. Los embarazos de adolescentes son más frecuentes en el medio rural, en las regiones sanitarias más pobres y en las mujeres con menor nivel educativo. El 45% de las mujeres en edad fértil y 64% de las que declaran tener pareja utilizan algún método anticonceptivo, que es la esterilización en 64% de estas mujeres. Solo 20% usan píldoras y 9% otros métodos modernos. La proporción de mujeres que utilizan la esterilización como anticonceptivo tiende a disminuir, pero se considera necesario un esfuerzo para cambiar esta práctica, bastante generalizada en los servicios de planificación familiar y de atención obstétrica del país.

La violencia doméstica contra las mujeres es un problema importante. Las autoridades policiales hablan de un aumento del número de denuncias y, en particular, de violencia sexual, inclusive estupro, sobre todo en niñas y adolescentes.

La salud de la población de 45 a 64 años

Las tasas de mortalidad estimadas en este grupo han descendido a 8,3 por 1.000 habitantes en el período 1990–1995 (9,6 y 7,0 por 1.000 para varones y mujeres, respectivamente). En 1994 este grupo aportó 20,4% de las muertes registradas.

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar con 39,7% del total de defunciones en este grupo, según datos de 1994. El grupo “otras” es el segundo, con 25,4%, seguido por las neoplasias con 18,8%, las causas externas con 9,6% y las enfermedades transmisibles con 5,7%. En las mujeres las enfermedades cardiovasculares contribuyeron con 41,3% de las muertes, las neoplasias con 25,9%, las otras causas diagnosticadas 23,8%, las enfermedades transmisibles 5,1% y las causas externas 3,8%. En los varones las enfermedades cardiovasculares causaron 38,6% de las defunciones, las “otras enfermedades” diagnosticadas 26,4%, las neoplasias 14,1%, las causas externas 13,5% y las enfermedades transmisibles 7,3%.

Por diagnósticos más específicos en mujeres las enfermedades cerebrovasculares ocuparon el primer lugar, seguidas por la cardiopatía isquémica, las enfermedades crónicas del hígado, las neoplasias genitales y la diabetes. En hombres los primeros lugares los ocuparon la cardiopatía isquémica, las

enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades crónicas del hígado.

La salud del adulto mayor (65 años y más)

La mortalidad estimada en este grupo de edad fue 52,8 por 1.000 habitantes en 1990–1995 (48,4 por 1.000 en mujeres y 57,4 por 1.000 en hombres). Las defunciones de personas de 65 y más años representaron 40,5% de las muertes registradas.

La principal causa de muerte diagnosticada en 1994 en este grupo de edad fueron las enfermedades cardiovasculares, con 52,4%. Sigue el grupo de otras causas con 23,0, las neoplasias con 15,0%, las enfermedades transmisibles con 6,5% y las causas externas con 3,2%, con una distribución más o menos similar en ambos sexos. Por diagnósticos más específicos las enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón, la cardiopatía isquémica, la hipertensión, las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes mellitus ocupan los primeros lugares.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Este grupo de enfermedades, junto a las deficiencias nutricionales, constituyen la primera prioridad de salud en el país. En 1994 las enfermedades transmisibles contribuyeron con 16,8% de las muertes diagnosticadas. Entre ellas destacan las enfermedades diarreicas agudas que en 1994 representaron 4% del total de muertes diagnosticadas y 30,4% de las muertes por enfermedades transmisibles. Más de la mitad —51,3%— de las muertes por diarrea aguda ocurrieron en menores de 1 año y 16% en niños de 1 a 4 años. Las enfermedades diarreicas constituyen la segunda causa de mortalidad diagnosticada en menores de 1 año (15%) y la primera (seguida por las deficiencias nutricionales) entre niños de 1 y 4 años (16%). Según los datos de la encuesta ENDESA 96, solo 39,1% de los episodios diarreicos reciben algún tipo de rehidratación oral, aunque la proporción ha aumentado ligeramente en los últimos años. Pese a la vigilancia de los cuadros diarreicos y la investigación exhaustiva de los casos sospechosos, no se ha diagnosticado ningún caso de cólera en la presente pandemia.

Las infecciones respiratorias agudas representaron 3,6% de las muertes diagnosticadas en 1994; 30,9% de las muertes por enfermedades transmisibles correspondieron a infección respiratoria aguda, que fue la sexta causa de mortalidad diagnosticada en menores de 1 año y la tercera entre niños de 1 y 4 años. Los episodios de diarrea y de infección respiratoria constituyeron en 1995 los motivos más frecuentes de consulta, de atenciones de urgencia y de hospitalización.

La tuberculosis aportó 2% del total de muertes diagnosticadas y 15% de las muertes por enfermedades transmisibles. Las meningitis aportaron 0,6% de las muertes diagnosticadas y 5,2% de las muertes por enfermedades transmisibles.

Destaca la poca relevancia de las enfermedades prevenibles por vacunación como diagnóstico de muerte. La mortalidad por estas enfermedades ha descendido aceleradamente a partir de 1992. No ha habido casos de poliomielitis por virus salvaje. El sarampión, que en 1992 tuvo una incidencia registrada de 102,4 casos por 100.000 habitantes, durante 1995 y 1996 no ha producido ningún caso confirmado. En 1996 no se diagnosticaron casos autóctonos de tétanos neonatal y se han cumplido parcialmente los requisitos internacionales para declararlo eliminado. En los últimos cuatro años la incidencia de difteria no ha llegado a 1,0 por 100.000 habitantes. No se han registrado casos en 1995 y 1996 de tos ferina. La meningitis tuberculosa continúa en declive y en 1996 se registraron tasas inferiores a 1,0 por 100.000.

Anualmente se notifican alrededor de 300 casos de meningitis bacteriana, la gran mayoría (60–70%) en menores de 1 año. Los agentes más frecuentes son *Haemophilus influenzae B* (cerca de 50%), *Streptococcus pneumoniae* (alrededor de 15%) y, con menor frecuencia, *Mycobacterium tuberculosis* y *Neisseria meningitidis* serogrupos C y B.

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un importante problema de salud. Anualmente se reportan más de 10.000 casos nuevos. Sin embargo, en años recientes se observa una tendencia francamente descendente de la frecuencia notificada de casos, probablemente relacionada con los esfuerzos de prevención de la transmisión del VIH. La tasa por 100.000 habitantes en 1995 fue de 34,5 casos de blenorragia, 24,4 de sífilis, 3,4 de chancro blando y 0,8 de linfogranuloma. Un tercio de las mujeres en edad fértil entrevistadas en la ENDESA 96 declararon haber tenido alguna enfermedad de transmisión sexual en los últimos 12 meses; sin embargo, 82% indicaron que se trató de infección vaginal.

Desde que en 1983 se registró el primer caso de sida en el país, la incidencia anual ha aumentado progresivamente hasta situarse en 1995 en valores de alrededor de 5 por 100.000. Más de 70% de los casos acumulados corresponden a heterosexuales y la razón hombre/mujer ha sido de 2:1, con tendencia a reducirse. Los homosexuales y bisexuales constituyen 10% de los casos y los usuarios de drogas, 3%. Los casos por transfusión sanguínea en la serie acumulada llegan a 11,3% en mujeres y 3,4% en varones. Sin embargo, en los últimos años se estima que se ha logrado tamizar más de 80% de la sangre transfundida, para VIH y hepatitis B.

En los últimos años ha aumentado la prevalencia de seropositividad al VIH en embarazadas, en pacientes de clínicas de enfermedades venéreas y, algo menos, en trabajadoras sexuales. Algunas estimaciones señalan que en el año 2000 podrían esperarse alrededor de 50.000 portadores de VIH en el país.

La epidemiología de la malaria ha cambiado considerablemente en los últimos decenios. Su incidencia está fuertemente asociada con las fluctuaciones en la industria de la construcción; el número de casos vinculados con la agricultura ha disminuido progresivamente. El otro factor determinante es la capacidad operativa y los recursos asignados al programa de control. Desde 1991, cuando ocurrieron 377 casos de malaria sin ninguna defunción, la incidencia aumentó hasta 1.808 casos en 1995 y poco más de 1.400 en 1996. Todos los casos son por *Plasmodium falciparum* y en general sensibles a la cloroquina. Las zonas más afectadas han sido los municipios fronterizos y aquellas donde grandes proyectos de construcción han alterado la ecología local y han atraído trabajadores de países vecinos.

La rabia es endémica debido a la existencia de focos silvestres (en mangostas), gran número de perros callejeros y extensas zonas urbanomarginales. Hasta los años setenta el comportamiento epidemiológico fue cíclico, con brotes importantes cada 4 ó 5 años. Desde entonces, la frecuencia anual ha estado relacionada con las medidas de control, con la cobertura de inmunización de perros y las acciones de vigilancia epidemiológica y control perifocal. En los últimos años, el número de casos en animales se mantiene alrededor de 5 por 100.000 perros y el número de casos humanos alrededor de 2 por año, ambos con tendencia al aumento.

El país se considera de endemicidad intermedia para la hepatitis B. Alrededor de 4% de las muestras en donantes de sangre resultaron positivas en 1996.

Estudios periódicos de coproparasitología en escolares parecen indicar una tendencia creciente de la prevalencia de giardiasis; en 1994 se comunicó 13% de positividad en la región capital. Existen focos conocidos de bilharziasis en el este del país.

La prevalencia de lepra ha disminuido progresivamente y en 1996 estuvo por debajo del nivel umbral internacionalmente establecido como límite para considerar esta enfermedad como problema de salud pública. Con la excepción de pocos municipios, puede considerarse controlada.

No existen focos de fiebre amarilla, pero el dengue es endémico por la elevada proporción de hogares urbanos infestados por *Aedes aegypti*. La incidencia fue de 60 casos confirmados en 1993, 226 en 1994, 249 en 1995 y disminuyó hasta alrededor de 50 en 1996. Se desconocen los serotipos de virus circulantes. El número de casos de dengue hemorrágico también aumentó en 1994 y 1995 hasta 46 y 38 casos, respectivamente. Las defunciones han disminuido desde 1994, año en el que se registraron cinco, hasta solo una en 1996.

Dada la ubicación geográfica, el clima, la intensa movilización turística y migratoria y la extensión de la pobreza, el país es altamente vulnerable a la introducción y circulación de agentes infecciosos y a los brotes epidémicos.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Las deficiencias nutricionales constituyen la primera prioridad en este grupo. En 1994 fueron atribuibles a deficiencias nutricionales alrededor de 10% de las muertes en menores de 1 año, 15% en el grupo de 1 a 4 años, 6% en el de 5 a 14, 5% en el de 15 a 44, 1% en el de 45 a 64 y 2% en los mayores de 64 años. En 1996 la tasa de desnutrición global en menores de 5 años se estimó en 6% y la tasa de desnutrición crónica en 11%. En las regiones más pobres del país la tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años es de 17% a 20%; en la región capital es de 6%.

En menores de 15 años se hallaron en 1994 prevalencias de niveles séricos bajos de retinol y de anemia de 19% y 31%, respectivamente.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen el primer grupo de diagnósticos de muerte en la población general. En 1994 produjeron 79,4 defunciones por 100.000 habitantes, 33,8% de todas las muertes diagnosticadas. La hipertensión y la insuficiencia cardíaca constituyen las dos primeras causas de hospitalización en este grupo.

En 1994 las neoplasias representaron 11,9% de las muertes diagnosticadas, con una tasa de 28,1 por 100.000 habitantes. En las mujeres, las localizaciones más frecuente son los órganos genitourinarios, el aparato respiratorio y la mama. La cobertura de métodos de detección del cáncer cervicouterino no llega a 10% de las mujeres en edad fértil.

En 1994 las causas externas representaron 12,9% de las muertes diagnosticadas, con una tasa de 30,2 por 100.000. Según datos policiales, aportaron 15,6% de las urgencias hospitalarias en 1992 y según fuentes sanitarias en 1995 fueron la principal causa de atención urgente en adultos y la cuarta causa de hospitalización a nivel nacional.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La política de salud que desde 1992 orienta la gestión de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social afirma la estrategia de atención primaria. Reconoce que "la salud es un derecho fundamental que se ejerce a través de un acceso libre e igualitario a las acciones que procuran satisfacerla" y establece que el Estado debe conceder prioridad a los grupos más desfavorecidos y vulnerables. Las líneas centrales definidas son la "democratización, la universalización de los servicios de salud, la equidad, la modernidad humanística, la eficacia y la eficiencia". Las principales estrategias son la desconcentración y la descentralización, la participación social, la coordinación intra e

intersectorial y el desarrollo y la administración del conocimiento.

Sin embargo, son muchos los problemas por resolver y las modificaciones necesarias en la organización, funcionamiento y asignación de recursos en las instituciones del sector a fin de poner en práctica estas políticas generales. A mediados de 1997 la Secretaría estableció como principal prioridad "el pago de la deuda social acumulada" y señaló la reducción de la mortalidad infantil y materna como objetivo primario. Para lograrlo ha propuesto una movilización nacional con participación de todos los actores sociales y un plan integrado dirigido a fortalecer la atención preventiva y curativa de los niños y las embarazadas. La Secretaría declaró como medio principal para lograr lo anterior el fortalecimiento de las áreas de salud, es decir, el nivel provincial. Al mismo tiempo se identificaron como prioritarios los programas nacionales de inmunización, malaria, dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores, tuberculosis y rabia. Se estableció la necesidad de desarrollar programas especiales de salud y turismo, de atención a lesionados y de salud ambiental.

La reforma del sector salud

Existe una conciencia social de la necesidad de profundas reformas en el Estado dominicano. Esta demanda social se concretó en 1996 con la creación de la Comisión Presidencial para la Reforma y Modernización del Estado, con la designación en 1997 de una nueva Suprema Corte de Justicia con atribuciones para modernizar y reformar el poder judicial y con diversas acciones de reforma sectorial, entre ellas las reformas del sector financiero y arancelario, el Plan Decenal de la Reforma Educativa y la reforma del sector salud. La Comisión Presidencial para la Reforma y Modernización del Estado ha definido las orientaciones generales de dichos procesos como parte del esfuerzo general para lograr un desarrollo humano y sostenible en el contexto de la nueva realidad internacional. En la reforma social, salud y educación son campos esenciales.

En 1995 se creó por decreto presidencial una nueva Comisión Nacional de Salud, de carácter interinstitucional, con el mandato expreso de elaborar en un año las propuestas de reforma sectorial y promover el proceso de modernización del sector salud. Una Oficina de Coordinación Técnica que tenía la misión de realizar los estudios para el diseño de dichas reformas recibió amplio apoyo técnico y financiero del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial hasta 1997, año en que dejó de existir.

En 1995 la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, con amplia participación de la sociedad civil y equipos técnicos del sector público, elaboró una propuesta de Ley General de Salud que fue posteriormente aprobada en la Cámara de

Diputados. Sin embargo, el proyecto encontró oposición en el Senado y no ha sido aprobado. Paralelamente, una comisión designada por el Presidente en 1996 elaboró una propuesta de reforma de la seguridad social. La propuesta, divulgada como aprobada por consenso por los empresarios, los trabajadores y el Gobierno y, como tal presentada al Congreso para su consideración y aprobación, ha encontrado posteriormente oposición de algunos sectores empresariales.

En 1997 un nuevo decreto presidencial designó una Comisión Ejecutiva de la Reforma en Salud, dependiente de la Presidencia, derogando las comisiones, oficinas y gerencias preexistentes y dándole el mandato expreso de aplicar acciones de reforma del sector.

Los sectores de agua potable y saneamiento y residuos sólidos han iniciado recientemente un proceso de reforma y modernización. El Plan Nacional de Abastecimiento de Agua Potable en Zonas Rurales Dispersas y Urbanomarginales y el Plan Nacional de Desarrollo Social orientan estos procesos de reforma. Ambos dan prioridad al mejoramiento de las condiciones de vida de los más desfavorecidos.

En 1995 fue aprobado un Plan Nacional de Alimentación y Nutrición que está en proceso de aplicación práctica, con muchas dificultades. En 1997 se asignó su aplicación a la Secretaría de Agricultura. Un componente de este plan es el control de calidad y vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos, funciones que corresponden a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

En el proceso de reforma se han ido perfilando algunos aspectos importantes entre los que cabe destacar el interés en la descentralización de la Secretaría, fortaleciendo los niveles provinciales y la coordinación entre los diferentes entes estatales de salud a nivel local. También se hace hincapié en la mayor autonomía administrativa de las unidades hospitalarias, la transformación del nivel central hacia una función predominantemente normativa y de contraloría y la modernización de los procesos a todos los niveles, incluida la actualización tecnológica de los sistemas de información. Los contenidos de las intervenciones que han de asegurarse a toda la población logran sin embargo menor consenso.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social es, según establece el Código de Salud Pública, el organismo rector de los servicios de salud y el responsable de la aplicación de dicho código. Presta servicios asistenciales y de promoción y prevención de la salud. Se estructura en tres niveles: central, regional y provincial. El nivel central tiene una función fundamentalmente normativa. Ocho oficinas regio-

nales dirigen los servicios y controlan las áreas de salud de nivel provincial. En las áreas de salud existen clínicas rurales que cubren cada una de 2.000 a 10.000 habitantes y cuentan con médicos pasantes o asistentes, auxiliares de enfermería, supervisor de promotores y promotores de salud. En la mayoría de las ciudades cabecera de provincia hay un hospital de nivel secundario o terciario con consultorios externos, hospitalización y servicio permanente de urgencias. Algunas provincias cuentan con subcentros de salud con camas, servicio de urgencias, medicina general de adultos, pediatría y atención del embarazo.

Los programas de la Secretaría están estructurados a nivel central y a nivel regional. Los más desarrollados son los dedicados a control de malaria, dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores; el de prevención y control de rabia y zoonosis; el programa nacional de tuberculosis; el programa de inmunización; el de planificación familiar y salud reproductiva, y los de saneamiento básico. Los servicios de epidemiología cuentan con un nivel nacional y unidades regionales y en las áreas de salud.

Según estimaciones de la Encuesta de Satisfacción del Usuario (ESU 96), más de 85% de la población que utiliza servicios de vacunación infantil, 60% de las mujeres que solicitan control prenatal y cerca de 60% de quienes solicitan controles de niños sanos, lo hacen en servicios de la Secretaría o del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS).

El IDSS es una institución autónoma que cubre las contingencias de enfermedad, invalidez, vejez, muerte y accidentes de trabajo de los trabajadores asalariados. En 1994 estaba afiliada al IDSS 6,5% de la población general y 15,4% de la población económicamente activa, y su gasto representó 0,7% del PIB. Desde 1990 se ha insistido en la necesidad de una reestructuración total de la política de seguridad social, pero la reforma del IDSS no ha llegado a concretarse.

El Fondo Social Hotelero es una organización pública autónoma, de carácter no lucrativo, para atender al bienestar social de los trabajadores del sector hotelero y gastronómico. En su órgano directivo participan trabajadores, empresarios y el Estado. Su financiamiento es también tripartito y sus funciones incluyen pensiones, jubilaciones y servicios sociales, incluida la atención médica. Su cobertura de población es muy pequeña.

Al Instituto de Auxilios y Viviendas han de afiliarse obligatoriamente los empleados públicos, incluidos los militares cuyos salarios sean inferiores a cierto límite. Su financiamiento es tripartito y sus funciones incluyen la construcción de viviendas, las pensiones y los servicios sociales, entre ellos los servicios médicos de nivel primario, con una cobertura muy escasa. Los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas o Sanidad Militar cubren a los miembros de la policía, militares y sus familiares. Su cobertura alcanza aproximadamente a 2% de la población. Cuentan con un hospital central de alta com-

plejidad que también brinda atención de urgencia a la población civil que la demanda (no se conoce el volumen). Estas instituciones desarrollan sus actividades con poca o ninguna coordinación, lo cual ocasiona duplicidad, falta de eficiencia y mala calidad en la respuesta que el sector debe dar a los problemas de salud de la población.

Las igualas médicas privadas constituyen una modalidad de seguro desarrollada por centros médicos particulares para extender su clientela y asegurar ingresos fijos. Mediante el sistema de igualas las clínicas de las principales ciudades han logrado atraer a sus centros a amplios sectores laborales cuyo nivel de ingreso no les permitiría acceso directo. La gama de servicios cubiertos por las igualas varía de acuerdo con el plan específico, pero en general ofrecen servicios de atención médica y maternidad en servicios ambulatorios, así como de hospitalización en ciertos casos. Solo se incluyen los medicamentos prescritos durante la hospitalización. Los servicios de laboratorios solo suelen incluir las pruebas básicas. En diagnósticos más complejos las igualas cubren entre 50% y 75% del costo. La cobertura generalmente excluye las evaluaciones generales periódicas, la medicina preventiva y el cuidado de pacientes con enfermedades mentales y crónicas. Según la encuesta ESU 96, las igualas médicas cubren aproximadamente 3,2% de la población.

Casi todas las compañías de seguros de vida ofrecen a sus clientes un seguro complementario de salud. Estos seguros están orientados a funcionarios de nivel superior y estratos de ingresos elevados. Las primas son mayores que las de las igualas médicas y los planes son más flexibles, con más posibilidades de elección de médico y centro hospitalario. Se estima que este tipo de seguros cubren aproximadamente 2,5% de la población.

De los seguros de salud autoadministrados el más conocido es el Seguro Médico de Maestros, de carácter mutualista, subsidiado por el Gobierno nacional, que desde 1995 brinda servicios de atención médica a los maestros del sector público, contratados con clínicas privadas. Estos seguros operan con criterios de cooperativa. La entidad que los administra no tiene fines lucrativos pero sí interés en reducir costos. Los servicios ofrecidos por estos seguros suelen ser similares a los de las igualas privadas, aunque puede haber también algunos servicios de medicina preventiva y mayor cobertura hospitalaria y de diagnóstico.

Los servicios privados sin fines de lucro los prestan clínicas y hospitales gestionados por organizaciones no gubernamentales. Destacan algunas instituciones o fundaciones que prestan servicios de bajo costo para problemas especializados como diabetes, enfermedades cardiovasculares y dermatológicas, cáncer y rehabilitación. Estas instituciones suelen recibir subvenciones importantes del Estado a través de la Secretaría de Estado de Salud Pública y también se financian por pago directo de los usuarios. Este tipo de organizaciones ha

aumentado rápidamente y se localizan sobre todo en las dos ciudades más importantes, Santo Domingo y Santiago. Los aportes de la Secretaría se respaldan con un informe de ejecución presupuestaria, pero no hay control de los programas de trabajo ni de los resultados.

Los servicios privados lucrativos han tenido un crecimiento acelerado en las últimas décadas. Existe gran variedad de establecimientos privados lucrativos, desde hospitales privados de alta complejidad hasta pequeños establecimientos con condiciones muy precarias, generalmente ubicados en zonas periféricas urbanas o semirurales. Legalmente no hay control de apertura de estos servicios ni proceso de habilitación, por lo que no se sabe tampoco cuántos hay. Según la ENDESA 96, casi la mitad de los entrevistados que solicitaron consulta ambulatoria en el último mes y de quienes requirieron hospitalización en los últimos seis meses lo hicieron en servicios de este tipo.

Se considera que el sector público presta una elevada proporción de los servicios preventivos y de promoción. En la ESU 96 solo 6,4% de las personas que buscaban servicios de vacunación lo hicieron en centros privados lucrativos.

En la ESU 96 más de tres cuartas partes de los entrevistados consideraron que la salud es una de las tres primeras prioridades en las que debe intervenir el Estado dominicano; 38,1% la consideraron primera prioridad y 53% respondieron que los servicios de salud en general "funcionan muy mal y se requiere una transformación completa de los mismos". La mayoría tuvo una apreciación negativa de los hospitales de la Secretaría y muy positiva de las clínicas privadas. El aspecto que resultó más determinante de la opinión desfavorable sobre los servicios en general fue el tiempo de espera, tanto en la atención ambulatoria como en la hospitalización y la cirugía. La imposibilidad de elegir médico y la atención por varios médicos en distintas oportunidades fueron también considerados aspectos muy negativos de los servicios públicos.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

La regulación sanitaria es muy débil. Las normas de atención tienen una o dos décadas de antigüedad y los profesionales de salud son certificados por entidades de tipo gremialista.

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, junto con la Asociación de Clínicas Privadas, inició en 1996 un proceso de acreditación de hospitales y clínicas privadas, pero ha encontrado serias dificultades. Solo se han logrado acordar algunas definiciones, sin que se hayan concretado los procesos. También está en marcha un proceso de regulación y acreditación de los laboratorios públicos y privados.

La División de Drogas y Farmacia de la Secretaría es responsable de la evaluación y el registro de los medicamentos

así como de la inspección de laboratorios de fabricación de medicamentos y farmacias. Se han establecido las normas farmacológicas, los procedimientos y un sistema de información automatizada que regulan el registro de medicamentos. Las inspecciones reglamentarias a establecimientos farmacéuticos representan una debilidad del programa. El Laboratorio Nacional de Salud Pública Dr. Defilló es responsable del control de calidad analítico de medicamentos, aunque funciona en condiciones muy precarias tanto en materia de infraestructura como de equipos. No existe en la Secretaría un departamento responsable del componente científico-técnico de los medicamentos. En el campo de regulación de alimentos las acciones de control de la aplicación del código alimentario FAO/OMS son muy débiles.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Servicios de agua potable y alcantarillado. El crecimiento demográfico, los desplazamientos masivos hacia las áreas urbanas y el aumento de la población en condiciones de pobreza han generado graves insuficiencias en la cobertura y la calidad de los servicios de agua y saneamiento. Se estima que, en 1993, el abastecimiento de agua para consumo alcanzaba a 65% de la población, 80% en las zonas urbanas y 46% en las rurales. De las 8.463 comunidades rurales tenían servicios de agua para consumo unas 2.100, es decir 25%. De alcantarillado sanitario se beneficia 16% de la población del país y 28,0% de la población urbana.

El sector agua potable y alcantarillado tiene un gran peso en el gasto social del Estado. Es muy dependiente de los subsidios en lo que se refiere a financiamiento del gasto corriente y la inversión y opera con gran déficit por deficiencias en los sistemas de comercialización de los servicios, elevadas pérdidas físicas en los acueductos y estructuras tarifarias inadecuadas que no se corresponden con los costos. La debilidad del sistema institucional, la inestabilidad del personal, y la deficiente operación y mantenimiento de los sistemas son otros tantos factores que dificultan la solución de las necesidades de saneamiento básico.

Programas de prevención y control de enfermedades. El Programa Ampliado de Inmunización coordina las actividades con las instituciones del sector público y privado. Las vacunas se adquieren a través del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización de la OPS, excepto la vacuna contra la hepatitis B que se compra directamente a los proveedores. Se realizan estudios de control de calidad a la llegada de cada remesa y se toman muestras en los lugares de almacenamiento para asegurar el buen estado de las vacunas.

En el período 1992–1996 el Gobierno desarrolló estrategias combinadas de vacunación según las orientaciones de las metas regionales de erradicación y control de enfermedades inmunoprevenibles. Se estableció la vacunación en los establecimientos de salud con todas las vacunas del PAI —vacunando contra la tuberculosis, la hepatitis B y la poliomielitis a todos los recién nacidos en hospitales y centros de salud— y la ejecución de jornadas nacionales de vacunación en las que se incluyen nuevos grupos de población tales como los menores de 15 años en la vacunación antisarampionosa.

La cobertura de inmunización superó 80% a partir de 1993. Entre 10% y 20% de las vacunas se aplican en el sector privado y no se notifican al sistema de información gubernamental.

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. El sistema de vigilancia epidemiológica está constituido a nivel nacional por la Dirección General de Epidemiología y las unidades de vigilancia de los programas especializados. Además, en cada una de las ocho regiones de salud funciona una unidad regional de epidemiología y en cada una de las 38 áreas de salud hay por lo menos un profesional a cargo de las funciones epidemiológicas. En los principales hospitales existe una unidad de epidemiología que incluye funciones de vigilancia. Este sistema ha evolucionado y mejorado considerablemente desde 1996 y se espera que se fortalezca cuando inicie sus actividades el Instituto Nacional de Epidemiología, probablemente en 1998.

La notificación obligatoria se basa en la notificación pasiva y obligatoria semanal de casos sospechosos de alguna de las enfermedades contenidas en la lista correspondiente. Para algunas enfermedades, como la meningitis bacteriana, se ha desarrollado un subsistema especial de vigilancia.

El sistema de vigilancia epidemiológica está integrado por varios subsistemas de vigilancia de: a) enfermedades de notificación obligatoria; b) cuadros febriles agudos; c) muertes infantiles, mujeres en edad fértil y nacimientos; d) puertos y aeropuertos, y e) programas especializados.

El subsistema de cuadros febriles agudos está integrado por 40 puestos centinela ubicados en establecimientos de atención médica de nivel secundario y terciario. Su finalidad es detectar casos sospechosos de malaria, dengue, sarampión y otras enfermedades febriles agudas que producen brotes epidémicos.

El subsistema de vigilancia de muertes infantiles y maternas y de nacidos vivos se basa en una norma emitida en 1997 que hace obligatoria la notificación inmediata de dichos eventos. Está integrado por todos los establecimientos de salud del país, públicos y privados. Su propósito es el análisis de evitabilidad de las muertes infantiles y maternas y el control de los nacidos vivos de alto riesgo durante el primer año de vida.

El subsistema de puertos y aeropuertos tiene como propósito la detección precoz de casos sospechosos de enfermedades de alto riesgo epidemiológico y la aplicación de los reglamentos sanitarios internacionales.

El subsistema de vigilancia de malaria y dengue se apoya en la notificación pasiva de los establecimientos de salud y de los puestos centinela del subsistema de vigilancia de cuadros febriles y lleva a cabo la búsqueda activa de cuadros febriles en zonas donde se han detectado casos. El subsistema de vigilancia epidemiológica del programa de inmunización aplica las normas del plan de erradicación de la poliomielitis y ha incorporado progresivamente la vigilancia de otras enfermedades inmunoprevenibles. También vigila la cobertura de inmunizaciones a nivel municipal. Hay también subsistemas de vigilancia de rabia y de tuberculosis.

El principal centro de apoyo a la vigilancia es el Laboratorio Nacional Dr. Defilló, aunque el Laboratorio Veterinario Central, el Centro Antirrábico Nacional, el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) y los principales hospitales participan también en esas labores.

Servicios de recolección de residuos sólidos y aseo urbano. Dependen de los municipios y en prácticamente todas las ciudades la cobertura es mínima, la recolección irregular y la disposición final a cielo abierto. Las unidades administradoras de estos servicios son débiles y carecen de equipos, de recursos financieros y de personal especializado. En 1992 se privatizó la recolección de basura en el Distrito Nacional, apreciándose una mejoría posterior del servicio en los sectores residenciales. Los residuos sólidos hospitalarios no se tratan con procedimientos o normas especiales.

Control de riesgos ambientales. En las zonas periféricas de las principales ciudades, en las que falta abastecimiento de agua, alcantarillado y recolección de basuras, muchas viviendas están habitadas en condiciones de gran hacinamiento, construidas con materiales de desecho y próximas a focos de contaminación.

Las descargas de alcantarillados, contaminantes líquidos y gaseosos provenientes de la industria y la agricultura están bajo la responsabilidad de instituciones diversas como la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (INAPA), los ayuntamientos, la Secretaría de Estado de Agricultura, la Dirección Nacional de Foresta y otras entidades, ninguna de las cuales dispone de políticas y programas definidos. No existe legislación específica ni tampoco coordinación adecuada, y los recursos destinados al control de estas actividades son muy escasos.

La contaminación de las aguas subterráneas y playas cercanas a las ciudades costeras es importante. La generación de electricidad en plantas estatales, industriales, comerciales y do-

miciliarias movidas por todo tipo de combustibles contamina el aire y ocasiona niveles molestos de ruido en las ciudades.

Salud de los trabajadores. En esta área tienen responsabilidad la Secretaría de Estado de Salud Pública, el IDSS, las Secretarías de Estado de Trabajo, Educación, Agricultura y Obras Públicas, y los ayuntamientos. La escasa información disponible indica que las discapacidades, lesiones en el medio laboral y enfermedades profesionales son de magnitud importante. Los programas orientados a prevenirlos tienen poco desarrollo y, en la práctica, los trabajadores están desprotegidos y poco preparados para afrontar esos riesgos.

Preparativos para desastres. La República Dominicana se encuentra en una zona expuesta a ciclones, sismos e inundaciones, fenómenos que han producido daños económicos y pérdidas de vida de cierta magnitud. En la Secretaría de Estado de Salud Pública se ha creado una Oficina de Coordinación encargada de aplicar el plan nacional para situaciones de desastre.

Promoción de la salud. La Secretaría de Estado de Salud Pública ha favorecido el desarrollo de programas de desarrollo local, el más desarrollado de ellos en la Provincia de Salcedo, donde se ha tenido excelentes resultados, en el mejoramiento de las condiciones de saneamiento del medio ambiente y disminución de muertes, especialmente por gastroenteritis, ya que desde 1994 no se registraron muertes por esta causa.

En 1997 se creó en la Secretaría el Departamento de Municipios Saludables con el propósito de coordinar las acciones de desarrollo local, fortalecer los consejos provinciales de desarrollo y constituir municipios saludables.

Alimentación y nutrición. El Plan Nacional de Alimentación y Nutrición se encuentra actualmente en fase de reformulación. El objetivo es fortalecer el aspecto de seguridad alimentaria y la formulación de proyectos que sustenten la obtención de recursos para la ejecución del plan en diferentes áreas.

Salud oral. Durante 1995 la Secretaría de Estado de Salud Pública desarrolló 324.977 actividades clínicas odontológicas en un total de 174.699 consultas atendidas por 445 odontólogos y 197 auxiliares de odontología. Las acciones de prevención, fundamentalmente los enjuagues con fluoruro, solo cubren en la actualidad a 10% de la población escolar de 6 a 14 años.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Según datos de la Secretaría de Estado de Salud Pública, en 1996 existían en el país 1.334 establecimientos de salud, de

los cuales 730 (55%) pertenecen a la Secretaría, 184 (14%) al IDSS, 417 (31%) al sector privado y 3 (0,2%) a las fuerzas armadas. En el país hay 15.236 camas hospitalarias de las cuales 7.234 (47%) pertenecen a la Secretaría, 1.706 (11%) al IDSS, 5.796 (38%) al sector privado y 500 (3%) a las fuerzas armadas. Según estos datos, la razón camas/habitantes es de 1:500. Sin embargo, hay discrepancia entre diferentes fuentes respecto del número de camas disponibles.

El total de consultas ambulatorias en los establecimientos de la Secretaría ascendió en 1996 a 5,8 millones, o sea, 0,8 consultas por habitante. Las consultas de urgencia fueron 2,2 millones, 0,3 por habitante. Se registraron 372.000 egresos hospitalarios, 50 por cada 1.000 habitantes. No se dispone de datos actualizados sobre la producción del IDSS y otras instituciones públicas.

La ENDESA 96 mostró que 97% de los embarazos tuvieron algún tipo de control prenatal por parte de médicos. El promedio fue de 7,6 controles prenatales; 88% de las embarazadas tuvieron cuatro controles o más; 94% de los controles prenatales se iniciaron en el primer semestre del embarazo. Los partos son institucionales en una gran proporción: 95% de los ocurridos en 1991–1996 tuvieron lugar en establecimientos médicos, con diferencias por regiones y estratos sociales: 99% de las mujeres con nivel universitario y solo 82% de las analfabetas dieron a luz en centros médicos.

Insumos para la salud

En 1996 el valor del mercado farmacéutico en el sector privado fue de US\$ 186,4 millones. En el sector público las compras realizadas por el Programa de Medicamentos Esenciales del Gobierno se estimaron en US\$ 15 millones. Sumando el gasto farmacéutico del IDSS y de las fuerzas armadas, el consumo promedio anual se estima en unos US\$ 30 por persona.

El Programa de Medicamentos Esenciales es responsable de la adquisición y distribución de medicamentos para las instituciones del sector público, según la lista de productos elaborada por la Secretaría de Estado de Salud Pública.

En el país funcionan 84 laboratorios de producción de medicamentos y productos afines de capital nacional y un laboratorio de capital multinacional.

En la República Dominicana no existe un registro fiable de los equipos disponibles en los establecimientos públicos y privados. Sin embargo, el país ha hecho importantes inversiones no solo para la dotación de la amplia red de servicios existentes, sino para actualizar periódicamente la misma, ya que hay reconocidos problemas de mantenimiento y la vida media de los equipos es muy inferior a la esperada. Estos problemas se han agravado en los últimos años, ya que se han incrementado las relaciones internacionales y el país ha recibido o está en proceso de recibir cuantiosas donaciones y compras en condiciones favorables de equipos de diferentes

procedencias, marcas y especificaciones técnicas, sin que se hayan establecido compromisos de adiestramiento o de mantenimiento por parte de los proveedores.

A comienzos de 1997 inició sus operaciones la llamada Plaza de la Salud, un conjunto de instalaciones formado por tres hospitales —maternoinfantil, geriátrico y traumatológico— y un centro de diagnósticos avanzados, de propiedad del Estado y situado en Santo Domingo. Con un total de 430 nuevas camas y tecnología muy avanzada, este complejo ha representado una inversión considerable. Sin embargo, de momento no hay una clara definición sobre la forma como se articularán estas instalaciones con el resto del sistema de salud y hay una intensa polémica al respecto.

Recursos humanos

En 1994 la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social contaba con 5.626 médicos, 376 odontólogos, 1.008 bioanalistas, 8.600 enfermeros y auxiliares de enfermería, 6.127 promotores y supervisores de salud y 372 farmacéuticos. No se cuenta con información actualizada sobre el número de profesionales que hay en el país según profesión y categoría.

Se estima que el total de puestos de trabajo habilitados en 1995 por los dos principales empleadores del sector —la Secretaría y el IDSS— ascendía a unos 62.100, incluidas todas las categorías profesionales, técnicas y administrativas.

Los datos relacionados con la oferta de trabajo del subsector son parciales y no actualizados. En 1996, de las 27 universidades y 7 institutos de educación superior existentes en el país, 15 ofrecían carreras de ciencias de la salud.

La licenciatura en enfermería ha sufrido una reducción paulatina en su matrícula. De 1.339 estudiantes matriculados en 1984 se pasó a 641 en 1990 y actualmente la Universidad Autónoma de Santo Domingo oferta estos estudios sin costos de matriculación, como incentivo para atraer estudiantes. En el nivel de posgrado ha habido un incremento de los programas formativos. Cinco universidades ofertan programas de maestrías relacionadas con la salud y cuatro avalan un total de 28 programas de residencia médica. Hay también una tendencia ascendente del número de especialistas en relación con el de médicos generales. También los programas de formación de técnicos intermedios (en radiología, rehabilitación, laboratorio, etc.) han registrado importantes incrementos. En todos estos programas de formación hay graves problemas de regulación del acceso y acreditación de los títulos.

Investigación, tecnología e información sanitaria

A pesar de que en 1983 se creó el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, se carece de una política explícita

de investigación y de información científico-técnica. Esto ha incidido negativamente en el desarrollo de la investigación en salud y en la formación de recursos humanos. En la práctica los proyectos de investigación responden más a oportunidades de financiamiento e interés personal o institucional que a prioridades explícitas y vinculadas a las necesidades nacionales.

A partir de 1994 la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social ha apoyado directa o indirectamente investigaciones relacionadas con enfermedades infecciosas, parasitología, cáncer de cuello uterino, diabetes y enfermedades cardiovasculares. También realizó con apoyo financiero del BID y el Banco Mundial un estudio de la situación de salud según el enfoque de carga de enfermedad y rentabilidad sanitaria de las intervenciones, en el marco del proyecto de reforma y reorganización del sistema de salud.

La falta de una política clara de investigación y la carencia de un organismo rector y de financiamiento orientado a planes de investigación hace muy difícil la asignación de fondos a proyectos de investigación y la creación de condiciones que fortalezcan la conciencia sobre la importancia de la investigación y la necesidad de mejorar su calidad.

En cuanto a incorporación de tecnologías, no existe una política que la regule. En algunos programas de desarrollo local se han hecho evaluaciones de tecnologías apropiadas, pero no se lleva ningún control ni se evalúa si su aplicación produce algún tipo de impacto.

En los últimos años se ha hecho un esfuerzo importante de cooperación en el área de información en salud. El país dispone ahora de bibliotecas y centros de documentación especializados en salud, con personal capacitado y con fuentes de búsqueda bibliográfica actualizadas periódicamente. Se ha creado una red de bibliotecas hospitalarias y un sistema de intercambio de información especializada. A nivel local se han creado colecciones básicas de libros y pequeñas bibliotecas especializadas con el apoyo de la OPS y la Unión Europea.

Gasto y financiamiento sectorial

No existen estimaciones fiables recientes del gasto privado en salud. Según la ENDESA 96, 37% de los hogares requirieron algún tipo de atención médica en los últimos 30 días. El gasto por hogar, en atenciones ambulatorias en dicho período, fue en promedio equivalente a US\$ 8,80 y de US\$ 154,70 en casos de hospitalización. Quienes requirieron servicios públicos tuvieron gastos mucho menores (US\$ 29,50) que quienes fueron atendidos en servicios privados (US\$ 252,00). Es interesante que, según estos datos, el gasto en atención médica en servicios privados de quienes pertenecían al 20% de menor ingreso familiar fue superior al gasto de quienes pertenecían al 20% de mayor ingreso, tanto en atenciones ambu-

latorias (US\$ 30,60 y US\$ 29,70) como en hospitalizaciones (US\$ 320,10 y US\$ 242,90).

El gasto público total en salud para 1995 se estimó en US\$ 214,39 millones, o US\$ 29,00 per cápita. Aunque aumentó nominalmente, ajustado según la inflación el gasto público en salud per cápita fue en 1991 menor que en 1980. Hubo una ligera recuperación entre 1992 y 1995. Como porcentaje del PIB el gasto sanitario ha permanecido estancado entre 1,1% y 1,8%. Como proporción del gasto público total pasó de 7% en 1985 a 9,5% en 1990, bajó a 7,8% en 1991–1992 y hasta 1995 se mantuvo en ese nivel. La contribución de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social al gasto total en salud pasó de 86% en 1979–1982 a 64% en 1987–1990 y a 56% en 1991. La Presidencia de la República aumentó su participación en el gasto sanitario de 2% a 28% y a 38% en esos mismos años. En la Secretaría la relación entre gastos en servicios de salud terciarios y primarios pasó de 8,7 en 1988 a 11,0 en 1992. En 1991 el gasto total y directo por consulta, cama y egreso fue entre 60 y 70% menor que en 1980.

Cooperación técnica y financiera externa

La financiación externa del gasto público en salud disminuyó de un promedio de 6,8% en el período 1983–1986 a 1,9% en 1987–1991, y cabe suponer que ha aumentado poste-

riormente debido al estancamiento del gasto público y al aumento de proyectos financiados por diferentes organismos de cooperación bilateral. Sin embargo, no se dispone de información reciente confiable.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones ha recibido apoyo del UNICEF, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), el BID, el Club Rotario Internacional y la OPS/OMS, organizaciones que desde hace varios años cooperan en un comité de coordinación del PAI.

Los programas de planificación familiar y salud reproductiva recibieron cooperación financiera del Fondo de Población de las Naciones Unidas y la AID. Las actividades de prevención del sida han recibido apoyo financiero importante de la AID, dirigido predominantemente a instituciones privadas no lucrativas. Hasta 1996, el programa nacional del sector público recibió cooperación técnica y financiera a través de la OPS/OMS. A partir de 1997, cuando comenzó a funcionar el ONUSIDA, los recursos financieros externos para el programa nacional se redujeron considerablemente.

Diversos programas y proyectos nacionales o locales han recibido apoyo de la Unión Europea, la agencia alemana GTZ, la Agencia Española de Cooperación Internacional, la JICA japonesa, así como de fondos procedentes de Italia.

Numerosas organizaciones no gubernamentales internacionales desarrollan actividades de salud en el país, la mayoría apoyando a organizaciones locales que trabajan en barrios urbanomarginales y zonas rurales.

SAINT KITTS Y NEVIS

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Saint Kitts y Nevis se encuentra en la parte septentrional de la cadena de las Islas de Sotavento: Saint Kitts tiene una superficie de 176,2 km² y Nevis abarca 93 km². Esta nación compuesta por dos islas gemelas es un país caribeño independiente que pertenece a la Comunidad Británica de Naciones y ha logrado su plena soberanía respecto de Gran Bretaña en 1983. El gobierno cambió por primera vez en 1995 cuando, tras 15 años de ejercicio ininterrumpido del poder, el Movimiento Acción del Pueblo fue derrotado por el Partido Laborista en las elecciones celebradas ese año.

Saint Kitts y Nevis es fácilmente accesible por mar y aire y el país se enorgullece de tener un moderno aeropuerto internacional; ambas islas cuentan con una red vial apropiada, una red telefónica moderna y un sistema de transportes bastante bueno.

Saint Kitts y Nevis funciona como una federación: el Parlamento Federal, máximo órgano de decisión del país, reside en Saint Kitts, y Nevis tiene un gobierno local, la Asamblea de la Isla, que goza de un cierto grado de autonomía. Esta organización trae aparejado un ordenamiento virtualmente paralelo de los servicios públicos, tanto en Saint Kitts como en Nevis: si bien el Primer Ministro asume el control general de todos los aspectos de las actividades comerciales de la nación, el Presidente de la Asamblea de Nevis goza de un amplio margen de autoridad local. Por ejemplo, las estimaciones presupuestarias anuales de Saint Kitts y Nevis se hacen por separado, son aprobadas por cada uno de los organismos que establece la ley y se ejecutan con relativa independencia las unas de las otras. Sin embargo, esferas tales como el acceso a la ayuda internacional y la puesta en marcha de proyectos nacionales se gestionan obligatoriamente de consuno.

El Ministerio de Salud es el órgano ejecutivo del Gobierno responsable por movilizar recursos en todos los niveles para

promover la salud de la nación. El Ministerio trabaja en el marco de las Órdenes Generales, que son las leyes y reglamentaciones que rigen los servicios públicos.

Aunque en la actualidad Saint Kitts y Nevis no publica un Plan Nacional de Desarrollo, todos los años se exponen con claridad los objetivos, metas y propósitos como parte de las propuestas presupuestarias. Conforme con lo expuesto en la presentación del Presupuesto Anual de 1995, la estrategia de desarrollo actual comprende los siguientes elementos clave: promoción de servicios de turismo, informática, financieros extraterritoriales y otros; fomento de la industria ligera y de elaboración de alimentos con potenciales nichos de mercado; diversificación de la agricultura, haciendo particular hincapié en la producción pecuaria; promoción del desarrollo de los recursos humanos y de la tecnología mediante la educación, la capacitación y los incentivos, y mantenimiento y fortalecimiento de la infraestructura social.

En los últimos años, la economía de Saint Kitts y Nevis ha conseguido tan solo un moderado nivel de crecimiento. En promedio, el crecimiento económico real durante el período 1992–1995 fue de 4,4% por año, y su comparación con el crecimiento real promedio de 6,4% anual que se registró entre 1988 y 1991 resulta desfavorable. Por lo tanto, el Gobierno reconoce que uno de los principales desafíos que enfrenta el país es la revitalización de la economía y el logro de tasas significativamente más altas de crecimiento real.

Los principales contribuyentes al producto interno bruto (PIB) han sido los servicios gubernamentales, el comercio mayorista y minorista, la construcción y las comunicaciones. Asimismo, el turismo ha surgido como uno de los sectores económicos más fuertes y su crecimiento ha afectado directamente a diversos sectores, entre los que se cuentan los hoteles y restaurantes, el transporte y el comercio minorista. En términos nominales, la renta per cápita del país aumentó de US\$ 3.656 en 1992 a \$4.473 en 1995.

El nivel de desempleo en Saint Kitts y Nevis está entre los más bajos del Caribe. De conformidad con el Informe del

Censo de Población y Viviendas de 1991, únicamente 4,9% de la población estaba desempleada. En un estudio de la fuerza de trabajo realizado conjuntamente por la Organización de los Estados Americanos y el Gobierno en 1994, se confirmó que la tasa de desempleo fue de solo 4,3%. De esta manera, la tendencia indica no solo buenas condiciones de empleo sino también la continua creación de nuevos empleos.

En materia de empleo, el sector más importante es el de los servicios generales (36,5%), que está fuertemente dominado por las actividades turísticas, seguido por los servicios profesionales y técnicos (13,6%), la agricultura y la pesca (12,9%) y la construcción y la industria manufacturera (12,7%). En 1994, los ingresos de las familias eran, aproximadamente, de US\$ 18.500 o más en 9,3% de las mismas; de \$13.000 a \$18.500 en 8,4%; de \$9.300 a \$13.000 en 13,6%; de \$5.600 a \$9.300 en 21,1%; de \$3.700 a \$5.600 en 15,5%; de \$1.900 a \$3.700 en 17,9%, e inferiores a \$1.900 en 14,2%. Aunque la asistencia a la escuela no es obligatoria, en 1991 había 11.789 estudiantes matriculados en colegios públicos y privados, lo que representaba 88,5% de la población total del país comprendida entre 5 y 19 años de edad. La matrícula escolar fue de 11.608 (89,2%) en 1994.

De conformidad con el Informe del Censo de Población y Viviendas de 1991, el nivel de educación más alto que alcanza la mayoría de los residentes en Saint Kitts y Nevis es la instrucción secundaria (39,2%), y el número de quienes manifiestan haber terminado la escuela primaria o la educación básica es casi igual (38,1%). Tan solo 5,3% de la población tiene educación preuniversitaria, definida como capacitación vocacional posterior a la instrucción secundaria, o educación universitaria. En 1991 había 12.056 unidades familiares, lo que significa un aumento de 3,8% con respecto a las 11.615 unidades registradas en el censo de 1980. Un total de 8.921 hogares (74,0%) estaban ocupados por sus dueños y 2.242 (18,6%) se alquilaban a particulares. En promedio, el número de habitaciones por unidad familiar registró un ínfimo aumento, de 3,2 en 1980 a 3,4 en 1991; por su parte, el tamaño medio de las familias descendió de 3,7 a 3,5 personas durante el período que se examina. Es significativo que 30,3% de las viviendas familiares tuvieran dos habitaciones o menos, lo que representó una mejora con respecto a 1980, cuando el porcentaje correspondiente había sido de 38,2%; 19% de los hogares tenían tres habitaciones, 23,0% cuatro y 12,7%, seis o más.

Habida cuenta del bajo nivel de la producción agropecuaria local y para satisfacer las necesidades de un sector turístico en auge, el país debe importar la mayor parte de los alimentos que consume. En 1992, la producción agropecuaria fue valuada en US\$ 3,1 millones (1,9% del PIB), en tanto que ese mismo año se importaron alimentos por un monto de \$16,9 millones (10,8% del PIB).

El país experimentó un crecimiento demográfico negativo de 6,2% durante el período comprendido entre los censos de

1980 y 1991. Esta declinación, de 43.291 habitantes en 1980 a 40.618 en 1991, fue atribuida en gran parte a la emigración, un fenómeno que ha persistido con una corriente emigratoria anual neta de 456 personas en promedio entre 1992 y 1994.

La Oficina de Planificación del Ministerio de Desarrollo y Planificación estimó que, a mediados de 1995, la población de Saint Kitts y Nevis era de 43.530 habitantes, con una distribución prácticamente equivalente de hombres y mujeres. Un poco más de 30% de la población tenía menos de 15 años, mientras que alrededor de 11,9% pertenecía al grupo de edad de 60 años y más. En 1995 vivían en Saint Kitts 35.510 personas (81,6%) y en la isla hermana de Nevis, 8.020 (18,4%).

En el período 1992–1994, el *Compendio Anual de Datos Estadísticos, 1994* indicó una tasa anual de fecundidad de 2,4 entre las mujeres de 15 a 49 años. La tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes declinó de 19,7 en 1992 a 18,3 en 1995, con una tasa de 19,6 para ese período. No hay subregistro de nacimientos.

Mortalidad y morbilidad

La tasa bruta de mortalidad durante el período 1992–1995 fue de 9,2 por 1.000 habitantes en Saint Kitts y Nevis. Entre 1992 y 1995 la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos fluctuó entre un mínimo de 22,4 en 1993 y un máximo de 25,1 en 1995.

De conformidad con el *Compendio Anual de Datos Estadísticos, 1994*, se estimó que la esperanza de vida al nacer para ambos sexos era de 68,9 años a fines de 1994; las cifras desglosadas para ese año fueron de 67,4 años para los hombres y 70,4 años para las mujeres.

Entre 1992 y 1995, las enfermedades del sistema circulatorio fueron, con mucho, el principal grupo de causas de muerte en Saint Kitts y Nevis, con un promedio anual de 164 defunciones (46,1%) correspondientes a esta categoría. Dentro de este grupo de causas, se atribuyó un promedio de 88 defunciones por año a las enfermedades cerebrovasculares y 71 defunciones por año a las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de cardiopatías. Los otros grupos de causas importantes de muerte fueron las enfermedades transmisibles (14,4%), que comprenden principalmente las infecciones de las vías respiratorias y la septicemia, y los tumores (11,8%).

Se han atribuido a causas externas un promedio anual de 17 defunciones (4,9%) que ponen de relieve los efectos de todas las formas de accidentes y violencia en las estadísticas de mortalidad. El otro grupo de causas definidas, las afecciones originadas en el período perinatal, representaron 3,5% de las defunciones.

Es difícil presentar un análisis completo de los datos de morbilidad en el país, pues no siempre se dispone de ellos por

las demoras en el ingreso de los datos en la computadora y su correspondiente análisis, o porque no está compilado el componente de Nevis. Los datos estadísticos más confiables indican que la hipertensión y la diabetes son las principales causas de morbilidad. En 1995, hubo 1.147 hipertensos y 882 diabéticos registrados en los centros de salud de todo el país.

Con respecto a las enfermedades infecciosas, durante el período 1992–1995 la gastroenteritis fue la más común, seguida por las enfermedades de transmisión sexual y el dengue. También cabe señalar que la hepatitis viral y la leptospirosis han sido elementos permanentes de las estadísticas de morbilidad, si bien el número de casos ha sido casi siempre muy bajo. Se notificaron 14 casos de sida.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

Tradicionalmente se ha considerado que los lactantes y niños pequeños forman grupos a los cuales se concede prioridad como destinatarios de servicios especiales de atención de salud, incluida la atención prenatal durante todo el embarazo, la atención durante el parto y la atención permanente de su salud, brindados por enfermeras y médicos especializados.

Los informes de morbilidad indican que la gastroenteritis y las infecciones respiratorias agudas son las principales causas de enfermedad en la niñez. Por ejemplo, en 1995 se notificaron 479 episodios de gastroenteritis en niños menores de 5 años, lo que representó una proporción de 10.788 por 100.000. En este grupo de edad, las principales causas de hospitalización han sido la gastroenteritis, las infecciones respiratorias agudas y los traumas, tanto internos como externos.

En la actualidad no se conocen enfermedades tales como la difteria, el tétanos, la tos ferina y la poliomielitis, para las cuales hay vacunas ampliamente disponibles. Se ha puesto en marcha un programa de vigilancia de la parálisis flácida y la fiebre exantemática. Aunque en 1994 hubo dos casos sospechosos de sarampión, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) no confirmó ninguno de ellos.

Desde 1992 los niños menores de 1 año han recibido sistemáticamente una cobertura de 100% contra las enfermedades más comunes en la niñez y, aunque esta cobertura descendió ligeramente a 99% en 1995, sigue siendo excelente. La inmunización contra la tuberculosis no se incluye en este análisis porque la vacuna no se administra hasta que el niño alcanza los 5 años de edad. El Servicio de Enfermería de la Comunidad informa que en 1995 se administraron 587 vacunas BCG, lo que representó una cobertura de 63% de los niños de 5 años.

En 1995 se introdujo la inmunización contra la hepatitis B, que tuvo como beneficiarios a los niños de 0 a 5 años y a los trabajadores de salud. Sin embargo, el programa se interrumpió porque, conforme se comunicó, el huracán que azotó ese año al país dañó las existencias de vacuna; asuntos relativos a su costo han postergado la reanudación del programa.

Aunque la desnutrición grave está prácticamente ausente (0,1% de los niños menores de 5 años que se atienden en los dispensarios de salud), la desnutrición de leve a moderada sigue siendo relativamente alta, aunque está disminuyendo. De la totalidad de los niños menores de 5 años atendidos en los dispensarios de salud, estaban afectados 7,5% en 1992, 7,6% en 1993, 5,9% en 1994 y 4,2% en 1995 (un promedio de 6,3% para este período). Por el contrario, quizás la obesidad esté aumentando ligeramente entre los niños del mismo grupo de edad que se atienden en los dispensarios: en efecto, eran obesos 6,5% en 1992, 6,4% en 1993, 7,3% en 1994 y 6,7% en 1995 (un promedio de 6,7% durante el cuatrienio). En los dispensarios de salud del niño se atiende un promedio anual de 1.855 niños menores de 5 años. El nivel nutricional se mide utilizando los criterios de altura y peso para la edad establecidos en la Ficha de Crecimiento del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe.

Más de 90% de los recién nacidos pesan más de 2,5 kg al nacer. Durante el período 1992–1994, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer fue de 8,1% (74 niños) en 1991, 8,6% (73) en 1992, 9,0% (76) en 1993 y 8,8% (80) en 1994, lo que indica que este problema merece que se le preste atención. El porcentaje de niños con bajo peso al nacer adquiere mayor significación si se tiene en cuenta la relación establecida por algunos expertos del país entre la prematuridad y el bajo peso al nacer, por un lado, y las muertes neonatales, por el otro.

El amamantamiento se fomenta activamente entre las madres jóvenes; el objetivo es conseguir que los niños sean alimentados exclusivamente con lactancia natural durante los primeros 3 ó 4 meses de vida. De un total de 442 evaluaciones que se llevaron a cabo en 1994, solo 142 lactantes (32%) fueron amamantados exclusivamente hasta los tres meses de edad; estas cifras bajaron a 23 (5,1%) a los 4 meses de edad.

La salud del adolescente

Los nacimientos correspondientes a madres adolescentes siguen caracterizando de manera prominente las estadísticas de natalidad. En 1995 se atribuyó a las adolescentes 16,7% del total de los nacimientos y, aunque esta cifra representa un descenso con respecto a la de 19,7% de 1992, la situación actual continúa siendo motivo de preocupación. No hay documentación sobre ningún otro problema importante de salud o relacionado con la salud que afecte a los adolescentes.

La salud del adulto

Debido a que las mujeres han sido identificadas como grupo de riesgo que requiere particular atención, se han institucionalizado programas especializados que se vinculan con los servicios de asistencia prenatal y posnatal y de planificación familiar.

Los servicios de atención primaria se ocupan de las necesidades de las mujeres embarazadas mediante sesiones prenatales semanales que se llevan a cabo en todos los centros de salud. Si se considera que la concurrencia a estos centros en procura de atención prenatal representa el total de este tipo de atención en todo el país en su conjunto, cada mujer realiza aproximadamente un promedio de tres visitas durante su embarazo, la mitad del mínimo de seis visitas que estipula el manual nacional de salud maternoinfantil. Sin embargo, hay que tener en cuenta que un número indeterminado de embarazadas recibe atención exclusiva de médicos particulares. Todos los partos del país se llevan a cabo en hospitales.

Los niveles de hemoglobina de las mujeres embarazadas son casi perfectos: conforme al Informe Anual sobre Nutrición de 1994, preparado por el Ministerio de Salud, 75,8% de las mujeres quedaron incluidas en la categoría superior con 11 g y más; 23,9% presentaron un nivel medio (9,0 a 10,9 g), y apenas 1,3% registraron niveles de hemoglobina inferiores a 9 g; no se proporcionan cifras absolutas. Lamentablemente, no hay datos similares para otras formas de trastornos nutricionales tales como la carencia de yodo y de vitamina A.

Se sabe que la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos es relativamente alta. En 1992 había 4.090 mujeres (56,7% de las mujeres en edad de procrear, de 15 a 49 años), inscritas en los centros de salud como usuarias activas del programa de planificación familiar. Aunque el porcentaje declinó ligeramente a 51,3% en 1995 (6.164 mujeres inscritas), el nivel de protección anticonceptiva se mantuvo dentro de límites aceptables. En 1995 los anticonceptivos orales siguieron siendo el método de control de la natalidad más popular entre las mujeres registradas (51,1%); seguido por los anticonceptivos inyectables (13,3%) y los dispositivos intrauterinos (10,3%); la categoría denominada "otros" agrupó a 25,3% de las usuarias habituales.

Como parte de la atención sistemática de la salud, se ofrecen pruebas de detección del cáncer del cuello del útero a todas las usuarias activas de los servicios de planificación familiar. El número de frotis de Papanicolaou que se llevan a cabo en el Hospital J. N. France se ha más que duplicado de 1992 a 1995, pasando de 712 a 1.749. De la misma manera, el número de frotis anormales encontrados se ha triplicado y pasó de 7 en 1992 a 22 en 1995 (con inclusión de dos carcinomas invasores, uno en 1992 y otro en 1995).

Se produjo una defunción materna en cada uno de los años 1992, 1994 y 1995; no se produjo ninguna en 1994. Aunque las

cifras registradas son mínimas, resultan sin embargo inaceptablemente altas en función de la meta de cero muertes maternas establecida para el Caribe.

La salud del adulto mayor

En 1995 vivían en Saint Kitts y Nevis 5.200 personas de 60 años y más (11,9% de la población total). No hay servicios de salud especializados para las personas de edad avanzada, aunque se las exime de los pagos que deben realizar los usuarios por la utilización de los servicios ordinarios de atención de salud. Los ancianos conforman uno de los grupos prioritarios para las consultas clínicas de diabetes e hipertensión que se ofrecen rutinariamente en todo el país.

La salud de la familia

Sobre la base del Informe del Censo de Población y Viviendas de 1991, había en el país 12.036 unidades familiares: 9.350 en Saint Kitts y 2.686 en Nevis. La Encuesta de Población Activa de 1994 reveló que las cabezas de familia de 5.672 hogares (47% del total) eran mujeres, de las que dependían niños menores de 15 años. Entre las mujeres que eran jefas de familia, 58,1% eran empleadas, 17,5% estaban jubiladas y 12,7% eran amas de casa que se ocupaban de los quehaceres domésticos.

Todos los miembros de la familia tienen acceso a los servicios de atención primaria y secundaria de salud, incluso servicios de salud maternoinfantil, servicios de diagnóstico, atención de urgencia, y tratamiento de enfermedades y lesiones.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. En 1995 se produjeron 27 casos confirmados de dengue (16,2 por 100.000 habitantes), que representaron un aumento significativo con respecto a las cifras de 1994 y 1993, cuando se notificaron solo siete y un caso, respectivamente. No hubo casos confirmados en 1992. Durante el período no se registró ninguna muerte por esta enfermedad.

Durante más de 20 años se ha desarrollado un programa de lucha contra *Aedes aegypti*. En 1995 se notificó un índice de infestación domiciliar de 6%, más elevado que el que se recomienda para controlar el dengue (1%). Los métodos de control comprenden la reducción de las fuentes y el tratamiento químico, aunque el empleo de este último va disminuyendo.

Enfermedades inmunoprevenibles. Desde 1992, no se han producido en niños casos confirmados de enfermedades inmunoprevenibles, con excepción de dos casos sospechosos de sarampión notificados en 1994.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Durante el período 1992–1995 se notificó un total de 14 casos confirmados de sida. En el transcurso de este período fueron examinadas 7.157 personas: 48 de ellas (0,7%) eran VIH positivas y el número de casos más elevado (18) se produjo en 1993. Fueron examinados sistemáticamente los 322 donantes de sangre que hubo en promedio cada año y se verificó que solo uno era VIH positivo.

Se sospecha que hay un subregistro de las enfermedades de transmisión sexual. Las cifras indican que el número de casos notificados de gonorrea disminuyó en más de 40%, mientras que la cantidad de casos de sífilis se ha estabilizado. Los datos de laboratorio indican que entre los donantes de sangre hubo una tasa de positividad de 2,6% en relación con la hepatitis B.

Otras enfermedades infecciosas. Funciona un sistema bien establecido de notificación y vigilancia de las enfermedades infecciosas, especialmente de las de notificación obligatoria, aunque no siempre los datos son completos y confiables. La Oficina de Información Sanitaria del Ministerio de Salud está a cargo de la verificación y el análisis de la información, pero los recursos de que dispone para cumplir esta tarea son insuficientes.

Desde el punto de vista numérico, la gastroenteritis encabeza la lista de enfermedades infecciosas, en tanto que, durante el período 1992–1995, todos los años se han notificado casos de hepatitis viral, leptospirosis y tuberculosis. De hecho, la leptospirosis ha figurado sistemáticamente en las estadísticas de morbilidad: en 1995 se registraron cuatro casos, un aumento con respecto a los dos casos registrados en cada uno de los tres años anteriores. La mayor parte de los casos se han manifestado entre los trabajadores agrícolas empleados en la industria de la caña de azúcar, caracterizada por albergar una gran población de roedores. Está en marcha un programa de información y educación para estos trabajadores.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Salud oral. Los servicios odontológicos del sector público se prestan mediante un equipo que incluye dentistas, auxiliares de odontología e higienistas dentales. Lamentablemente, la producción ha disminuido de manera significativa a partir de 1992 debido a la escasez de personal. Aunque las extracciones constituyen la mayor parte de las actividades que se reali-

zan, los higienistas dentales llevan a cabo algunas tareas de prevención entre los escolares. En 1992 fueron atendidos 8.699 pacientes en total; se practicaron 1.547 extracciones de dientes temporales y 2.311 de dientes permanentes. En comparación, en 1994 solo fueron atendidos 4.903 pacientes y se realizaron 863 extracciones de dientes temporales y 1.290 de dientes permanentes.

Tumores malignos. Durante el período 1992–1995, los tumores malignos causaron 167 (11,8%) de las defunciones provocadas por patologías definidas y ocuparon el tercer lugar entre las principales causas de muerte en Saint Kitts y Nevis. Los órganos del aparato digestivo y el peritoneo fueron los sitios más comunes (29 defunciones), seguidos por la próstata (28 defunciones), la mama femenina (14 defunciones) y el estómago y el cuello del útero (13 defunciones cada uno).

Trastornos del comportamiento. El número de pacientes psiquiátricos ha permanecido relativamente constante entre 1992 y 1995: las cifras finales fueron 247 para 1992 y 243, 230 y 258 para cada uno de los tres años siguientes, lo que representa un promedio anual de 244. De la misma manera, el número total de consultas prestadas a los pacientes que concurren a los servicios comunitarios de salud mental ha permanecido estable, con un promedio de 1.416 por año. Entre todas las visitas efectuadas a estos servicios en 1995, 51% (132 pacientes) se debieron a la esquizofrenia, 25% (67 pacientes) a las psicosis asociadas a la dependencia de alcohol o drogas y 10% (26 pacientes) a la depresión.

Desde 1992, el programa de salud mental se ha beneficiado con los servicios de un psiquiatra nacional. El programa hace hincapié en el desarrollo de un enfoque integrado que vincula los servicios hospitalarios con los comunitarios. Existen planes para formular un Plan Nacional de Salud Mental que proporcione el marco para el funcionamiento de los servicios.

Accidentes y violencia. De los 9.484 informes que la Policía preparó en 1994, 337 (3,6%) se refirieron a delitos que causaron daños corporales graves y lesiones; otro 14,2% se relacionó con hurtos, robos, incendios premeditados y latrocinio predial. Durante el período que se examina se registraron 16 defunciones atribuidas a homicidios, dos de ellas por lesiones no determinadas, infligidas por accidente o con premeditación (CIE-9, E980–E989).

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

Debido a que Saint Kitts y Nevis no tienen un plan nacional para el sector salud, se ha reunido la siguiente informa-

ción sobre planes y políticas para el sector a partir de diversos informes y documentos y de conversaciones mantenidas con funcionarios clave.

Con miras al futuro, el sector salud está en pos de varios objetivos generales. Primero, se fortalecerá la capacidad de planificación estratégica y operativa en todos sus niveles para que cada subsector pueda desarrollar su propio proceso de planificación de conformidad con un marco nacional establecido. Se combatirán las enfermedades crónicas mediante un dinámico programa de defensa y promoción de la salud que abarque la totalidad de las escuelas, las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones y grupos al servicio de la comunidad. Se mejorará la infraestructura hospitalaria: nuevas instalaciones reemplazarán a las de los Hospitales J. N. France y Alexandra, que tienen problemas estructurales tras haber sido reiteradamente devastados por huracanes. Se estima que el nuevo Hospital J. N. France costará US\$ 14,8 millones y los preparativos para su construcción están en su etapa final. También será restaurado sustancialmente el Hospital Pogson y se ampliarán los servicios de los principales hospitales para incluir la variedad más completa de servicios de atención secundaria en función de los recursos disponibles. Se buscarán fuentes alternativas de financiación para complementar los fondos estatales: entre otras cosas, se procurará recuperar los costos directos de los servicios prestados, conseguir contribuciones y donaciones del sector privado y lograr que el Sistema de Seguridad Social pague directamente por los servicios que se brindan a sus afiliados. Por ejemplo, se está revisando la estructura de las tarifas que se pagan en Saint Kitts por los servicios de salud que se proporcionan. Se reforzará el desarrollo de los recursos humanos en la medida en que los programas de perfeccionamiento en servicio y de capacitación en administración para el personal técnico se puedan ejecutar localmente; mejorar la capacidad de gestión de los principales funcionarios del sector salud es un importante componente de este objetivo. Por último, se establecerán programas especializados para las personas de edad avanzada y las que padezcan enfermedades mentales, en los que se hará más hincapié en la atención comunitaria que en la internación en residencias.

A fin de alcanzar estas metas, el Gobierno se ha comprometido a satisfacer las necesidades de todos los grupos vulnerables de la sociedad mediante el fortalecimiento de programas destinados a las mujeres y los niños, los pobres de las zonas urbanas y rurales, las personas de edad avanzada y los impedidos; desarrollar un vigoroso programa de defensa y promoción de la salud; proseguir con la reforma institucional del sector salud con la participación de los funcionarios más importantes que intervienen en el proceso de adopción de decisiones; poner en práctica programas dirigidos a reducir la incidencia y la prevalencia de las enfermedades crónicas, teniendo en cuenta los perfiles de morbilidad y mortalidad, y

buscar activamente alianzas internacionales para trabajar en favor de la salud.

La reforma del sector salud

Aunque está en marcha la reorganización de los servicios de salud, las reformas solo se han llevado a cabo en Saint Kitts. Como parte de este proceso y con el propósito de asignar mejor los recursos, las áreas del programa relacionadas con la prestación de servicios se han reorganizado en cinco categorías: administración, servicios preventivos, servicios hospitalarios, enseñanza de enfermería y atención prolongada. Además, durante el curso de las reformas se han creado por lo menos cuatro cargos técnicos y administrativos de la categoría superior. La nueva Oficina de Planificación en Salud se encarga de coordinar la planificación del sector; en esta coyuntura, dicha Oficina presta atención preferente a la reforma institucional. La nueva Dirección de Servicios de Atención Primaria de Salud asume, entre otras funciones, las de Inspectoría Médica de Salud tomando a su cargo el desarrollo técnico y la supervisión de todos los servicios de atención primaria. La Dirección de Instituciones de Salud se ocupa de supervisar a todas las instituciones de salud que funcionan dentro de la esfera de competencia del Ministerio de Salud. Por último, la Dirección de Defensa y Promoción de la Salud fiscaliza los servicios de educación para la salud, de nutrición y de planificación familiar.

Organización del sector salud

En el sector público de salud, el Ministro de Salud es responsable ante el Gabinete por la ejecución de las decisiones políticas correspondientes, el Secretario Permanente hace las veces de Oficial Administrativo Principal y el Oficial Médico Principal coordina la prestación de los servicios de salud en todo el país. Estos cargos son de carácter federal y abarcan en su jurisdicción tanto a Saint Kitts como a Nevis. Sin embargo, Nevis se maneja con un grado considerable de autonomía y tiene su propio Ministro de Salud y un Secretario Principal que se encarga de la gestión de los servicios locales de salud. En la práctica, en Saint Kitts y Nevis funcionan dos sistemas independientes.

Organización institucional del sistema de salud

Entre las instituciones de salud se cuentan el Hospital J. N. France (150 camas), el Hospital Pogson (18 camas) y el Hospital Mary Charles (10 camas). Además, en el Hogar Cardin (50 camas) se atiende a enfermos crónicos, discapacita-

dos y casos geriátricos. En Nevis funcionan el Hospital Alexandra (54 camas) y una enfermería de 22 camas que atiende a pacientes psiquiátricos y a los pobres de edad avanzada. También hay 17 centros de salud diseminados por las dos islas.

El nivel de distrito cuenta con servicios de atención primaria y secundaria. La red de centros de salud constituye la base para la prestación de servicios de atención primaria: los centros de salud son dirigidos por enfermeras-obstetras distritales que trabajan a tiempo completo y reciben la ayuda de personal capacitado en salud, entre cuyos miembros hay un oficial médico, una enfermera de atención directa a la familia y un supervisor de enfermería de salud pública. Los Hospitales Mary Charles, Pogson y Alexandra proporcionan asistencia secundaria inmediata y el Hospital J. N. France funciona como centro principal de envío.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Educación en salud y promoción de la salud. El nuevo Programa de Defensa y Promoción de la Salud recientemente establecido consolida la labor de los servicios tradicionales de educación en salud, nutrición y planificación familiar. El alcance del programa va más allá de la información pública, la educación y la capacitación para abarcar asuntos de política pública, cooperación intersectorial, movilización del apoyo de la comunidad y ampliación de contactos con los medios de comunicación social, todo lo cual forma parte de la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud.

La educación para la salud y la vida familiar se ha incorporado en los planes de estudio de todas las escuelas primarias, lo que ha de ejercer una poderosa influencia en los modos de vida de la población en edad escolar. Se considera que la promoción de la salud constituye una estrategia importante en la lucha contra las enfermedades estrechamente relacionadas con los modos de vida, tales como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades de transmisión sexual.

Participación comunitaria. A pesar de que existe una política elaborada al efecto, prácticamente ha existido participación de la comunidad en la planificación y aplicación de los programas de salud. Por otra parte, no hay elementos de juicio que indiquen que el sector salud esté buscando activamente este nivel de compromiso por parte de la comunidad.

Dicho esto, cabe poner de relieve algunos ejemplos destacados de apoyo comunitario para la salud. Por ejemplo, se ha informado que el servicio de oftalmología del Hospital J. N. France ha sido totalmente equipado hace muy poco gracias a donaciones del sector privado.

Protección del medio ambiente. Saint Kitts y Nevis dependen mucho del sector del turismo; por ello, la protección y preservación del medio ambiente marino es de vital importancia para su economía. En 1995 se creó el Ministerio de Cultura y Medio Ambiente, que tiene a su cargo la preservación del patrimonio cultural y la aplicación del programa oficial de protección del medio ambiente. La División de Medio Ambiente del Ministerio vela por el cumplimiento de las disposiciones de la Ley Nacional de Conservación y Protección del Medio Ambiente; conduce programas para la protección de las costas y la preservación de las playas, la ordenación de los bosques y la fauna silvestre, la conservación del suelo y la protección contra la contaminación marina; coordina todas las tareas de protección del medio ambiente, y suministra apoyo técnico a los otros ministerios en cuestiones ambientales como, por ejemplo, la ejecución de proyectos del sector público que puedan afectar el medio ambiente.

Abastecimiento de agua. El Informe del Censo de Población y Viviendas de 1991 reveló que 7.993 unidades familiares (66,3% del total) recibían agua por cañerías conectadas al sistema comunal y que otras 2.749 (22,8%) tenían acceso a fuentes públicas de agua; estas cifras corroboran que por lo menos 90% de las unidades familiares tienen abastecimiento de agua potable. El porcentaje de familias con agua procedente de cañerías del sistema comunal aumentó de 39,3% en 1980 a 66,3% en 1991. Por el contrario, el número de familias que obtenían el agua para uso doméstico de fuentes públicas descendió de 40,8% en 1980 a 22,8% en 1991.

El Departamento de Obras Públicas del Ministerio de Comunicaciones y Obras Públicas administra el sistema de abastecimiento de agua. El agua se desinfecta sistemáticamente con cloro para mantener su calidad bacteriológica. El Departamento de Salud Pública del Ministerio de Salud se encarga de controlar la calidad del agua de consumo.

Eliminación de aguas servidas. El sistema de retretes y fosas sépticas es el medio de eliminación de aguas servidas más utilizado en el país, lo que representa un cambio con respecto a la situación imperante en 1980, cuando todavía predominaban las letrinas de pozo. Cabe hacer notar que 85,5% de las unidades familiares disponen de cuartos de baño que utilizan exclusivamente, en tanto que 11,1% los comparten. Aunque en 1995 carecían de cuartos de baño 3,4% de las unidades familiares, la situación está mejorando.

Salud y seguridad ocupacional. Un grupo constituido por representantes de los Ministerios de Salud y de Trabajo, los sindicatos y la Federación Patronal, entre otros, está elaborando un Plan Nacional de Salud de los Trabajadores. Aparte de las lesiones, no se notifican en la actualidad otros riesgos ocupacionales importantes. Este comité intersectorial ha

identificado los siguientes problemas: lesiones, trastornos respiratorios, estrés mental y físico, enfermedades de la piel, torceduras y trastornos oculares y auditivos.

El Sistema de Seguridad Social, que equivale a un sistema nacional de seguros, proporciona prestaciones por lesiones a un promedio anual de 300 afiliados. La ley exige que todos los trabajadores contribuyan para mantener el Sistema y cada reclamo de beneficios se abona contra la presentación de un certificado médico del daño sufrido. El Sistema paga actualmente unos US\$ 800.000 por año a sus afiliados en concepto de subsidios y subvenciones por enfermedad, maternidad y gastos médicos. El Departamento de Trabajo y el Ministerio de Salud se encargan de la vigilancia de las lesiones relacionadas con la ocupación laboral.

Durante el período 1992–1995 se pagaron 1.175 indemnizaciones por lesiones que, con arreglo a la naturaleza de las mismas, se distribuyeron así: 605 por contusiones, abrasiones y heridas, 280 por esguinces o torceduras, 69 por fracturas, 53 por lesiones oculares, 41 por quemaduras, 26 por amputaciones, 22 por infecciones, 12 por dislocaciones, 4 por envenenamientos, 4 por traumatismos, 3 por electrocución, 2 por desgarros de órganos internos, 48 por lesiones de la piel no especificadas y 6 por otras causas.

Preparativos para casos de desastre. Se ha establecido un Organismo Nacional de Gestión en Casos de Desastre para coordinar el socorro en casos de desastre en todo el país. Este Organismo está compuesto por cuatro funcionarios administrativos con dedicación exclusiva que reciben las instrucciones de un Consejo Directivo designado por el Gabinete. Se trabaja en la actualización del Plan Nacional para Casos de Desastre que abarca aspectos tales como la gestión en casos de desastre, manejo de situaciones de crisis, evaluación de desastres, operaciones de socorro, información pública y coordinación con las organizaciones no gubernamentales. El componente de salud del Plan se refiere a temas tales como el tratamiento masivo de las víctimas, la gestión del abastecimiento de agua y el saneamiento ambiental; también comprende una sección para el mantenimiento de los establecimientos de salud.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

El Hospital J. N. France proporciona atención hospitalaria y ambulatoria en casi todas las principales especialidades. En gran parte como consecuencia de la devastación que provocó el huracán Luis, entre 1994 y 1995 la actividad del Hospital disminuyó en todas las áreas, con excepción de la de urgencias. El total de ingresos descendió 15% (de 4.004 en 1992 a 3.397 en 1997), las operaciones quirúrgicas se redujeron 10%,

los exámenes radiológicos disminuyeron 11% y la tasa de ocupación bajó 8%.

Aunque el sistema brinda cobertura de atención médica, atención de urgencia, salud maternoinfantil y planificación familiar, y atención de enfermedades crónicas, lo incompleto de la información dificulta la medición de las actividades y la productividad de los servicios de salud fuera de los hospitales. La ausencia de datos resulta más evidente en el área de las visitas clínicas por número de pacientes y motivo de las consultas.

Las enfermeras de salud pública y las enfermeras de atención directa a la familia conducen un programa de salud escolar para los alumnos de 5 a 12 años de edad de las escuelas primarias. Durante el período 1992–1994 se realizaron 443 visitas a las escuelas y fueron atendidos 8.197 niños, lo que representa un promedio anual de 148 visitas y 2.732 niños atendidos. Se remitieron al Oficial Médico de Distrito 268 niños en total (un promedio de 89 niños por año). Los servicios incluyeron evaluaciones rápidas del estado de salud de los niños y chequeos periódicos de la visión y la audición.

Insumos para la salud

Medicamentos esenciales y suministros. Saint Kitts y Nevis han aprovechado activamente el Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental, un sistema regional que centraliza las compras de productos farmacéuticos e insumos médicos. El presupuesto aprobado en 1995 para pagar al Servicio las compras de Saint Kitts representan 6,4% del total de los gastos en salud de la isla; no se conocen las cifras que corresponden a Nevis.

El Formulario Nacional de Medicamentos establece el tipo y el surtido de los medicamentos que se adquieren para el sistema estatal; en el sector privado se dispone de una lista integral de medicamentos. El comercio de productos farmacéuticos y suministros médicos está desregulado en su mayor parte, con excepción de los medicamentos peligrosos, para los cuales hay que solicitar una autorización explícita.

Recursos humanos

Los servicios de salud de Saint Kitts y Nevis están administrados y operados por un equipo compuesto por trabajadores de 21 categorías diferentes, desde los técnicos altamente calificados de las salas de atención de casos agudos de los Hospitales J. N. France y Alexandra, hasta los trabajadores de extensión comunitaria que proporcionan atención domiciliaria. Es difícil determinar la cantidad de recursos humanos con que cuenta el sector salud en Saint Kitts y Nevis, pues los presupuestos de las dos islas se presentan por separado. Esta

circunstancia no se ha tenido en cuenta en los análisis anteriores y, por lo tanto, hubo subestimaciones.

En 1995 el personal de los servicios de salud del sector público de Saint Kitts y Nevis, desglosado por categorías, incluía 47 médicos, 8 dentistas, 6 auxiliares de odontología, 274 enfermeras diplomadas, 21 farmacéuticos, 12 técnicos de laboratorio, 6 técnicos radiólogos, 19 inspectores de salud pública, 4 nutricionistas y dietistas, 2 veterinarios y 11 auxiliares de veterinaria.

Gasto y financiamiento sectorial

Durante el período 1992–1995, los gastos ordinarios en salud realizados por el Gobierno para la Federación en su conjunto alcanzaron un promedio de 10,6% del total de sus egresos ordinarios. De esta manera, el sector salud se coloca en tercer lugar entre los principales receptores de los recursos financieros del Estado, después del de finanzas (26,6%) y el de educación (15,4%). Los gastos en salud representan 3,5% del PIB, un poco menos de la meta de 5% recomendada por la

OMS. El gasto per cápita en salud fue de US\$ 163 en 1995. Las diferencias de clasificación de las partidas para gastos en las estimaciones presupuestarias de cada isla no permiten profundizar el análisis de los recursos financieros.

Cooperación técnica y financiera externa

La Unión Europea colabora con el Gobierno en la reorganización del sector salud con fondos asignados fundamentalmente a la rehabilitación de los dos hospitales más importantes. Más allá de esta iniciativa, hay pocos indicios de asistencia internacional bilateral para el sector salud.

En su esfuerzo por encontrar nuevas maneras de modernizar el sector salud, el Gobierno está empeñado activamente en elaborar iniciativas regionales de salud y trabaja en estrecha colaboración con organizaciones internacionales y regionales reconocidas, tales como la OPS y CARICOM. El apoyo y el compromiso del Gobierno con la iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe constituyen un buen ejemplo de dicha colaboración.

SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

San Vicente y las Granadinas se encuentran en el extremo meridional de las Islas de Barlovento, entre Santa Lucía y Granada. El país comprende la isla de San Vicente y siete islas e islotes habitados más pequeños que, en conjunto, constituyen las Granadinas; su superficie total es de 388 km².

San Vicente y las Granadinas se independizaron de Gran Bretaña en 1979. Son una democracia parlamentaria en la que se celebran elecciones generales cada cinco años. El gobierno actual ha estado en el poder durante los tres últimos mandatos.

El Documento de Estrategia de Desarrollo a Mediano Plazo (1996–1999) establece las políticas y los arreglos de ejecución pertinentes del Gobierno, destinados a lograr el crecimiento económico y el desarrollo social sostenibles para la nación. Los principios rectores que se han definido son la equidad, la prestación de servicios esenciales a todos los ciudadanos, el mantenimiento de un ambiente en el que todos los ciudadanos puedan alcanzar su pleno potencial y la promoción del empleo.

La estrategia a mediano plazo acentúa la mejora de la producción de banano y la diversificación de la agricultura, el apoyo al desarrollo del sector privado, la expansión del turismo, la mejora de la administración fiscal y la reforma presupuestaria, la prestación de servicios del sector público con más eficiencia y eficacia, la continuación del desarrollo de los recursos humanos y la resolución de los problemas ambientales de una forma más intensiva.

El PIB real creció a una tasa promedio anual de 3,5% durante 1992–1995 y la mayor parte del aumento ocurrió en 1992 y 1995. Esa tasa ofrece un contraste con la del período 1988–1991, cuando el crecimiento promedio real fue de cerca de 7% anual. El deterioro de la economía durante 1993 y 1994 se ha atribuido a los desajustes del mercado de exportación de banano y a una baja de la producción causada por la sequía; durante esos años, el turismo cobró importancia y generó ingresos superiores a los provenientes del banano. En

1995, la producción de cultivos representó 9,7% del PIB. El sector de la construcción creció un promedio anual de 8% entre 1992 y 1995. El PIB per cápita en 1995 fue de US\$ 1.987, lo que representa una recuperación con respecto al período de estancamiento del crecimiento del PIB per cápita en 1993 y 1994. Como parte de un conjunto de incentivos económicos, en 1993 se iniciaron varias reformas del sistema de impuestos sobre la renta de las empresas y las personas físicas, que incluyeron una reducción de 5% de la tasa impositiva aplicable a las empresas y otra reducción igual de la tasa impositiva marginal máxima. La meta a largo plazo es reducir el impuesto sobre la renta de las sociedades a 33% y el de las personas físicas a un máximo de 30%.

En el informe de evaluación de la pobreza en San Vicente y las Granadinas publicado en 1996 se examinó la naturaleza, el alcance, la concentración geográfica, la gravedad y las causas de la pobreza en 13 comunidades seleccionadas. Se determinó que 41,9% de la población estudiada eran pobres, a juzgar por los gastos declarados en productos alimentarios y otros. Además, 30,5% de las familias y 36,2% de la población se consideraban indigentes. El informe confirmó que alrededor de un tercio de la población clasificada por debajo de la línea de pobreza consumía una alimentación inadecuada. La pobreza en las familias encabezadas por mujeres (34,1%) era mayor que en las encabezadas por hombres (27,9%). También se determinó que más de 70% de los jefes de familia estaban empleados, lo que llevó concluir que las condiciones de pobreza y la tensión económica eran más una función del subempleo que del desempleo. Tres de cada diez trabajadores se encontraban en el sector informal, donde el trabajo era irregular y los rendimientos económicos eran inestables.

En el informe del censo de población y vivienda de 1991 se estimó la tasa de desempleo en 19,8%, una mejora en relación con la cifra de 25% citada en el censo de 1980. Inmediatamente antes del censo de 1991, 22,8% de la población empleada trabajaba en el sector agropecuario, 15,5% en el comercio al por mayor y al por menor, 10,8% en la construcción y 8,4%

en las manufacturas. Los mayores índices de desempleo correspondieron a los sectores de industria de la construcción (32,2%), el comercio al por mayor y al por menor (10,9%) y la agricultura (10,8%).

Aunque la educación no es obligatoria, casi toda la población de 5 a 15 años de edad asiste a la escuela (95,3%). El país tiene 65 escuelas primarias y 23 secundarias. La mayoría de la población nacional no había alcanzado más que el nivel primario o básico (66,9%), 18,5% había avanzado al secundario y 2,4% había alcanzado el nivel de formación profesional terciaria y universitaria; la población restante (cerca de 10%) carecía de educación formal y debe considerarse analfabeta funcional.

El informe del censo de población y vivienda de 1991 mostró que había 27.002 familias en el país, en comparación con 20.090 en 1980, lo que indica un aumento de 34,4% durante el período. El informe de evaluación de la pobreza de 1996 reveló que las condiciones de la vivienda eran deficientes en algunas comunidades, pero también mostró que casi todas las casas eran de propiedad privada.

El informe del censo de población y vivienda de 1991 citó un recuento final de 106.499 habitantes, lo que indica una tasa promedio de crecimiento anual de 0,8% desde el censo anterior, realizado en 1980. Desde entonces, las estimaciones de población de mitad de año han sido de 108.965 habitantes en 1992 y de 110.723 en 1995, cifras que representan una tasa promedio de crecimiento anual de 0,4% entre 1992 y 1995, o sea alrededor de 50% de la tasa registrada en el decenio anterior. Una cuarta parte de la población (25,7%) vive en la capital, Kingstown, y sus suburbios, y puede considerarse urbana; más de 90% de la población reside en San Vicente.

El promedio de emigración neta anual entre 1992 y 1995 se ha fijado en 947 personas y los lugares de destino más comunes son las Islas Vírgenes Británicas, Barbados, las Islas Vírgenes Estadounidenses, los Estados Unidos de América y el Canadá. Las cifras han tenido poca variación interanual.

La población es relativamente joven: en 1995, 37,2% era menor de 15 años. Solo 6,5% de la población pertenece al grupo de 65 años y más. Juntos, esos dos grupos representan 43% de la población, lo que indica una marcada razón de dependencia. La composición por sexo es pareja. La esperanza de vida al nacer se ha fijado en 70 años, desagregada en 65 años para los hombres y 72 para las mujeres.

En los últimos años, la tasa bruta de natalidad ha mostrado solamente una baja marginal, de 24,7 por 1.000 habitantes en 1992 a 23,6 en 1995. No se ha observado ningún cambio de la fecundidad total y se notificó una tasa de 2,8 niños por mujer en 1992 y 1995. No hay subregistro de los nacimientos.

Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad en el período 1992–1995 fue de 6,5 por 1.000 habitantes, con leves variaciones interanua-

les. Esa tasa fue bastante compatible con la registrada en el período de notificación anterior.

El número de defunciones de lactantes alcanzó un promedio de 42 en el período 1992–1995 y la tasa de mortalidad infantil varió ligeramente de 14 a 18 por 1.000 nacidos vivos. Cabe señalar que en 1995 ocurrieron 35 defunciones de niños menores de 1 día, cifra que representa 83% de las defunciones infantiles.

Las causas predominantes de muerte se relacionaron con las enfermedades del sistema circulatorio y representaron un total acumulativo de 1.058 defunciones (38,8% de las atribuibles a causas definidas) durante el período 1992–1995. Dentro de ese grupo de causas, 423 defunciones fueron ocasionadas por enfermedades del corazón (CIE-9, 410–429), 289 por enfermedad hipertensiva (401–405) y 264 por enfermedad cerebrovascular (430–438). Los tumores malignos ocuparon el segundo lugar entre las principales causas de defunción, con 418 defunciones (15,4%), seguidos por las causas externas, con 196 (7,2%), y por las afecciones originadas en el período perinatal, con 147 (5,4%). Hubo un total acumulativo de 132 defunciones, equivalentes a 4,6% del total, que se asignaron a defunciones por causas mal definidas (780–799). Se ha notificado que hay un registro completo de todas las defunciones.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño y del adolescente

En el Plan Nacional del Sector Salud 1991–1995, los niños se han citado como uno de los grupos vulnerables del país que merecen atención especial. Como resultado, se han institucionalizado varios programas especializados para niños pequeños dentro del sistema de atención de salud, incluso programas de atención prenatal de las mujeres que utilizan protocolos establecidos, clínicas especiales de salud infantil que ofrecen servicios completos de evaluación e inmunización, educación continua de los padres de familia y los guardianes, y atención de seguimiento en la comunidad.

La cobertura de inmunización contra las enfermedades comunes de la niñez se ha acercado a 100% por muchos años; como consecuencia, no hubo casos confirmados de tétanos, difteria ni tuberculosis en el grupo menor de 5 años de edad entre 1992 y 1995. Casi todas las defunciones de niños de 0 a 9 años de edad ocurrieron en el primer año de vida. En 1995 hubo 47 defunciones de niños menores de 1 año. Las principales causas de defunción son las afecciones originadas en el período perinatal (CIE-9, 760–779) (24 defunciones) y las anomalías congénitas (740–759) (18 defunciones). Casi todos los recién nacidos pesan por lo menos 2.500 g al nacer, pero un promedio anual de 2,1% muestran algún grado de insuficiencia de peso al nacer.

Aproximadamente 90% de los niños menores de 5 años gozan de un estado nutricional satisfactorio en lo que respecta al peso para la edad, según lo establecido en la ficha del crecimiento recomendada por el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI). Con todo, un promedio anual de 5,7% sufre desnutrición y la mayoría está dentro de la categoría de desnutrición moderada. Aunque se han observado mejoras de ese índice entre 1992 y 1995, el grado de desnutrición sigue siendo inaceptablemente alto. Además, la obesidad ha mostrado un aumento gradual pero constante de 3,8% en 1992 a 4,7% en 1995.

La salud de la mujer

De 1992 a 1995, 22% de todos los nacimientos ocurrieron, en promedio, en mujeres adolescentes y 9%, en mujeres de 35 a 49 años de edad. Puesto que los embarazos de alto riesgo comprenden casi 30% del total de los nacimientos, se ha introducido un programa de educación para la salud y la vida familiar en las escuelas primarias y secundarias y se han establecido centros de orientación para los jóvenes así como programas de capacitación en oficios prácticos.

Las mujeres en edad de procrear (de 15 a 44 años de edad) son uno de los grupos prioritarios escogidos por el Gobierno para recibir atención especial. Se ha establecido una amplia gama de programas que prestan atención prenatal y posnatal, servicios de planificación familiar y atención médica general a la mujer.

El protocolo que rige la prestación de servicios de salud materno-infantil estipula un mínimo de seis exámenes prenatales. Los registros indican que 82% de las mujeres embarazadas cumplen actualmente con ese criterio. Casi todas las madres y los niños reciben como mínimo tres exámenes posnatales en los 10 días siguientes al parto. En 1995, 7,0% de todas las mujeres embarazadas que acudieron a su primera consulta prenatal tenían concentraciones de hemoglobina inferiores a 10 gramos. Se observaron concentraciones idénticas en las mujeres examinadas a las 32 semanas y en consultas repetidas durante el embarazo. En realidad, la anemia del embarazo se ha citado como uno de los principales motivos de preocupación de las pacientes obstétricas internadas en el Hospital General de Kingstown; se examinó a 2,0% de un total de 12.290 mujeres internadas por ese problema en el pabellón de maternidad en el período 1992–1995. Otros problemas de importancia fueron el aborto (3,6% del total de internaciones), el parto prematuro (1,8%), la preeclampsia (1,5%) y la hemorragia posparto (1,4%).

El Plan Nacional del Sector Salud (1991–1995) se ha comprometido a aumentar el número de partos atendidos en el nivel distrital, fuera del Hospital General de Kingstown. Con ese fin, en 1993 se hicieron varias mejoras al Centro de Salud Barrouallie para convertirlo en unidad de maternidad. No

obstante, en 1992 se atendieron solo 20% de los nacimientos en los distritos y esa cifra aumentó apenas a 23% en 1995.

Los registros muestran que, en 1995, 10.458 mujeres (39,4% de las mujeres en edad de procrear) usaban métodos de planificación familiar facilitados en dispensarios administrados por el Estado. La cifra correspondiente a 1992 fue de 13.625 mujeres (55,8% de las mujeres en edad de procrear). Las cifras más bajas registradas en 1995 se consideran más precisas por haberse calculado después de un minucioso examen del sistema de registros. El método de planificación familiar más popular sigue siendo la píldora anticonceptiva (69,1%), seguida de los anticonceptivos inyectables (22,3%).

Cuatro de las siete defunciones atribuidas a causas maternas ocurrieron en 1994, cifra que es mayor que la meta de cero fijada para el Caribe.

El informe del censo de población y vivienda de 1991 mostró que 9.040 (33,5%) de todas las familias de progenitores solteros con uno o más hijos estaban encabezadas por mujeres. Cerca de 90% de esas mujeres no se habían casado nunca y 36,3% tenían la responsabilidad de cuatro o más hijos.

La salud del adulto y del adulto mayor

En 1995, 23,6% del total de las defunciones ocurrieron en el grupo de 20 a 59 años de edad, proporción que se mantuvo estable en el período 1992–1995. De las 179 defunciones producidas en ese grupo de edad, las principales causas fueron los tumores malignos, las enfermedades de las glándulas endocrinas y del metabolismo y los trastornos de la inmunidad.

En 1995, 8,9% de la población pertenecía al grupo de 60 años y más. Se ha demostrado que las personas de esa cohorte tienen mayor riesgo de contraer enfermedades no transmisibles. Las principales causas de enfermedad y defunción en este grupo de edad han sido las enfermedades hipertensivas, los tumores malignos y los accidentes cerebrovasculares.

El Gobierno administra una institución geriátrica de 120 camas, en la que se presta sobre todo atención general. La política actual fomenta la atención extrainstitucional del adulto mayor dentro de la comunidad, y se ha establecido un grupo especial de trabajo para determinar la gravedad de los problemas de esa población, indicar las respuestas apropiadas y adoptar métodos integrales de atención.

No hay servicios de salud especializados para los adultos mayores, aunque existen disposiciones legales para eximirlos del pago de las tarifas cobradas a los usuarios. Los adultos mayores también son los principales beneficiarios de las consultas clínicas regulares para diabéticos que se atienden en todos los centros de salud.

Toda la población tiene acceso a la atención de salud por medio del sistema de prestación de servicios generales de salud, que comprende servicios de salud materno-infantil y

de diagnóstico de nivel primario, y todos los servicios disponibles de atención secundaria. Por ley, los servicios de atención prenatal y posnatal y de planificación familiar se prestan gratuitamente, y los niños menores de 17 años están exentos del pago de tarifas.

Dos instituciones prestan servicios a los discapacitados en San Vicente y las Granadinas: la Escuela para Niños con Necesidades Especiales, que tiene instalaciones en Kingstown y Georgetown, y la Escuela Sunshine para Discapacitados, en Bequia. Con miras a modernizar los programas, en los últimos cinco años se han evaluado continuamente las discapacidades de los niños que acuden a esas instituciones, de conformidad con los criterios internacionales. En 1995, 18 de un total de 94 niños matriculados tenían deficiencias auditivas; 3, deficiencias visuales; 32, retraso mental; 7, discapacidad física; 6, autismo, y 28, trastornos del aprendizaje. Por ley, todos los estudiantes que asisten a esas instituciones deben estar completamente inmunizados contra las enfermedades comunes de la infancia. También se hacen exámenes médicos regulares a todos los estudiantes, en colaboración con el sistema de prestación de servicios de salud pública.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Las enfermedades infecciosas se han reducido, según lo indican las estadísticas de morbilidad y mortalidad. Las enfermedades infecciosas ocuparon el octavo lugar entre las 10 causas principales de defunción entre 1992 y 1995, y solamente las infecciones de la piel estuvieron entre los principales motivos de consulta en los dispensarios del sector público. La gastroenteritis, antes un azote para los niños pequeños, representó apenas 1,2% de las 677 consultas médicas hechas en 1995.

Enfermedades transmitidas por vectores. El dengue y la leptospirosis han sido las dos enfermedades transmitidas por vectores de importancia para la salud pública. En 1995 se notificaron 224 casos de dengue, de los cuales se confirmaron 115 con diagnóstico de laboratorio, en comparación con 56 (7 confirmados en el laboratorio) en 1992.

La prevalencia relativamente alta del mosquito *Aedes aegypti* indica la gravedad del problema: en 1995 se notificó un índice de infestación de viviendas de 16,5%, un aumento en relación con 14,8% notificado en 1992. Además, el índice de Breteau fue, en promedio, 27,7 durante el período 1992–1995. Ambos índices son mucho mayores que el margen de seguridad de 1% de infestación establecido por la OPS.

La leptospirosis ha vuelto a San Vicente y las Granadinas en un lapso muy breve. La enfermedad fue insignificante al comienzo del decenio, pero ya en 1995 había 42 casos presun-

tos, con 13 confirmados y 3 defunciones. Este recrudecimiento guarda estrecha relación con un aumento notificado de la población de roedores como resultado de la descarga incontrolada de residuos sólidos en muchas comunidades. Se han lanzado programas intensivos de educación pública y el inminente proyecto de manejo de residuos sólidos ayudará a reducir el problema.

Tuberculosis. Los nuevos casos de tuberculosis alcanzaron un promedio de siete entre 1992 y 1995, con un pico máximo de 13 nuevos casos diagnosticados en 1993, el mayor número de casos registrados en cualquier año en más de un decenio. Se registró un promedio anual de dos defunciones por esa enfermedad en el período. La incidencia de tuberculosis ha sido mayor en las personas de 40 a 54 años de edad.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. A fines de 1995 se había confirmado en el laboratorio un total de 182 casos de infección por el VIH desde que se registró el primero en 1984; de ese número, 73 pacientes tenían casos activos de sida y 71 habían muerto. Se confirmaron 16 nuevos casos de infección por el VIH en 1992, 27 en 1993 y 26 tanto en 1994 como en 1995. Hubo 7 nuevos casos de sida en 1992, 8 en 1993, 15 en 1994 y 6 en 1995. En San Vicente y las Granadinas, la tasa de letalidad en pacientes de sida es de 94%; alrededor de 75% de las personas infectadas pertenecen al grupo de 25 a 44 años de edad, y las más afectadas son las del grupo de 25 a 29 años (25,4%); la transmisión heterosexual (59%) es la principal forma de propagación y solo 1,9% corresponde a transmisión vertical; se desconoce la proporción de la transmisión del VIH por medio del uso de drogas inyectadas por vía intravenosa y por transfusión sanguínea.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Del total de 56.131 consultas médicas realizadas en los 38 centros de salud en 1995, los principales diagnósticos de enfermedades no transmisibles fueron los problemas osteomusculares (11,4%), la hipertensión (10,5%), la artritis (6,2%) y la diabetes (6,0%). Por ende, las enfermedades crónicas aún predominan entre las principales causas de morbilidad.

Diabetes e hipertensión. Se desconocen las tasas de prevalencia de diabetes e hipertensión. Sin embargo, los registros muestran que en 1995 había un total conjunto de 5.863 personas que sufrían de esas afecciones, registradas en los centros de salud. De esa cifra, 1.280 (21,8%) tenían diabetes, 3.589 (61,2%) hipertensión y 994 (17%) ambas enfermedades. En todos los centros de salud se atienden consultas clínicas especiales semanalmente para las personas con esas afecciones.

Tumores malignos. Los tumores malignos están entre las principales causas de muerte registradas en San Vicente y las Granadinas y causaron 411 defunciones en el período 1992–1995 (103 en 1992, 99 en 1993, 103 en 1994 y 106 en 1995). Los principales sitios afectados por cáncer fueron el aparato digestivo y el peritoneo (127 defunciones en el período); el aparato genitourinario (114 defunciones); el tejido linfático y hematopoyético (47 defunciones); los huesos, el tejido conjuntivo, la piel y las glándulas mamarias (43 defunciones), y el aparato respiratorio y los órganos intratorácicos (31 defunciones).

Hay servicios de detección de cáncer del cuello uterino a disposición de todas las mujeres en los sectores público y privado. Los programas pertinentes buscan la detección y el tratamiento precoces del carcinoma de cuello del útero. Se tiene por norma someter a examen regular de esa afección a todas las mujeres inscritas en el programa de planificación familiar del servicio público. En el período 1992–1995 se analizó un total de 12.612 frotis de Papanicolaou, con los siguientes resultados: cáncer invasor, 15; cáncer in situ estadio III, 48; cáncer in situ estadio II, 84; cáncer in situ estadio I, 180; el resto fue normal.

Trastornos del comportamiento. Las estadísticas de actividad del Centro de Salud Mental, el único hospital psiquiátrico del país que también sirve de residencia para el tratamiento del abuso de drogas, indican que el abuso de sustancias (48,9%), la psicosis provocada por fármacos (21,3%) y la esquizofrenia (20,8%) fueron las principales causas de ingreso entre 1992 y 1995, lo que representa 91% de las 1.199 hospitalizaciones registradas en el período 1992–1995; el retraso mental, la epilepsia y la psicosis maniaco-depresiva representaron 2,4%, 2,2% y 1,3%, respectivamente.

En lo que respecta a la salud mental de la comunidad, se hizo un promedio anual de 1.040 visitas domiciliarias de seguimiento a los pacientes ambulatorios y la asistencia a los servicios ambulatorios alcanzó un promedio anual de 3.029 consultas; la finalidad de las mismas fue realizar una evaluación psiquiátrica continua de todos los pacientes egresados, renovar o cambiar los medicamentos y ofrecer servicios de consulta al personal de la comunidad. Esas evaluaciones comunitarias son realizadas por un equipo básico una vez al mes. En 1995 había 1.241 pacientes activos en el registro de salud mental de la comunidad.

Los registros de ingreso del Centro de Salud Mental correspondientes al período 1992–1995 indican que de 587 pacientes internados por abuso de sustancias, 47,5% usaban marihuana; 27,7% cocaína, y 24,8% alcohol. Alrededor de 91% de todos los pacientes internados por abuso de sustancias eran hombres, y se demostró que el grupo de edad más vulnerable era el de 15 a 29 años y que 63% de todos los ingresos correspondían a esa categoría.

Accidentes y violencia. Hubo 196 defunciones por causas externas (accidentes y violencia) en 1992–1995: los acciden-

tes de transporte causaron 30 defunciones (15,3%), los homicidios y las lesiones intencionalmente infligidas por otros, 35 (17,8%); el suicidio y las lesiones autoinfligidas, 22 (11,2%), y otras clases de violencia, 55 (28,1%). El último grupo comprende defunciones causadas por lesiones de las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas.

En 1994 se estableció un Comité Nacional contra la Violencia para educar al público sobre todas las formas de violencia, especialmente la doméstica; ofrecer apoyo social y psicológico a las víctimas de la violencia y a sus familias, y mantener una base de datos sobre todos los aspectos de la violencia.

Salud oral. Los servicios de salud oral administrados por el Estado se destinan a prestar atención de salud oral de buena calidad y de costo módico a la población, particularmente a los niños de edad escolar. El número de consultas hechas al principal Dispensario Dental de Kingstown y a los tres centros satélite aumentó 11,9% (de 69.124 en 1992 a 77.381 en 1995). En promedio, 35% de esas consultas fueron para extracciones, que se redujeron 6% en el período, mientras que el número de restauraciones aumentó 8%.

En 1993 se completó una encuesta del estado de la salud dental de los niños de edad escolar, con asistencia de la OPS. La encuesta reveló que 69% del total de los niños de edad escolar (de 5 a 15 años de edad) estaban afectados por caries dentales, una importante causa conocida de pérdida de los dientes que ayuda a explicar la elevada demanda de extracciones. El otro problema grave fue el cálculo dental, que afectó a 20% de la población entrevistada.

Se ha logrado introducir el tratamiento con fluoruro en las escuelas primarias. En la actualidad, los niños menores de 16 años que acuden a los dispensarios de atención dental reciben tratamiento tópico con gel de fluoruro. No hay fluoruración del sistema comunal de abastecimiento de agua.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La estrategia general de crecimiento económico del Gobierno, según se explica en el Plan Nacional de Desarrollo 1991–1995, se concentra en incrementar el rendimiento y mejorar la productividad, sobre todo en los sectores de agricultura, turismo, educación y salud. El Gobierno ha reconocido que el crecimiento económico y el desarrollo son compatibles pero no sinónimos y que se debe hacer todo lo posible para que los beneficios del crecimiento lleguen a toda la sociedad.

La política de desarrollo social del Gobierno se concentra en la necesidad de promover la autosuficiencia de los grupos desfavorecidos; por ejemplo, alentando a la comunidad a trabajar en conjunto para resolver sus propios problemas. En ese

sentido, se han realizado actividades en los sectores de agricultura, salud, educación, vivienda y desarrollo comunitario.

Según el Plan del Sector Salud 1991–1995, el Gobierno considera el acceso a la atención de salud como un derecho humano básico y una parte integral del desarrollo nacional, y reconoce que todos los ciudadanos tienen el derecho y el deber de participar a título personal y como colectividad en la planificación, ejecución y evaluación de sus servicios de atención de salud en todos los niveles; que no se puede lograr salud solo con el esfuerzo del sector salud, sino que debe haber estrecha colaboración con los demás sectores, y que los recursos nacionales han de emplearse siempre al máximo y de la mejor forma posible para promover la salud y el desarrollo. En ese sentido, el Gobierno se ha comprometido a prestar servicios de atención de salud integrales y de costo accesible en los niveles primario, secundario y terciario; a facilitar la colaboración intrasectorial e intersectorial para prestar atención de salud a la población; a fortalecer los vínculos con la comunidad, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales; a instituir los mecanismos de reglamentación necesarios para garantizar la disponibilidad de atención de salud de buena calidad, y a establecer sistemas de administración dinámicos que faciliten la prestación de atención de salud eficaz y eficiente.

Los principales campos de desarrollo en salud en los que trabajó el Gobierno en el período 1991–1995 fueron educación sanitaria y promoción de la salud; prevención y control de las enfermedades; salud maternoinfantil, incluida la planificación familiar; fortalecimiento de los servicios de salud ambiental; desarrollo continuo de los servicios de atención comunitaria y hospitalaria; fortalecimiento de la administración de las existencias de productos farmacéuticos; prevención y control del abuso de drogas; fortalecimiento de los sistemas de información de salud, y reforma de la legislación sanitaria.

Como parte del empeño puesto en lograr acceso universal a la atención de salud, el Gobierno ha identificado a las madres y los niños, los pobres y los adultos mayores como grupos vulnerables que necesitan especial atención. Como resultado, se han enfocado varios servicios en las mujeres y los niños y se han hecho concesiones a los pobres, los adultos mayores y los desempleados para que tengan acceso a los servicios de atención de salud.

Desde 1991 el Gobierno ha seguido una política de reformas del sector salud con objeto de incrementar la eficiencia del uso de recursos y mejorar la recuperación de costos dentro del sistema. Las reformas han entrañado el establecimiento de nuevas estructuras administrativas y la modernización de los sistemas existentes para fomentar una mayor responsabilidad; también se introdujeron iniciativas en materia de legislación para ajustar las tarifas cobradas a los usuarios. En 1994 terminó un examen de los sistemas de administración del sector salud, conducente a introducir cambios en la estructura orgánica y las relaciones funcionales. El proceso

llevó a crear un comité de administración de alto nivel y a adoptar protocolos para orientar la prestación de servicios y nuevos formularios y programas de notificación.

Organización del sector salud

Los servicios de salud de San Vicente y las Granadinas se ofrecen básicamente en los niveles primario y secundario; al menos dos instituciones importantes prestan apoyo social y atención de salud. En el nivel primario de atención, prestan servicios 38 centros de salud distribuidos en una zona de 9 distritos sanitarios. Cada centro de salud está dotado de una enfermera obstetra de distrito, de dedicación exclusiva, un ayudante de enfermería y un auxiliar de salud comunitaria. Prestan apoyo otros miembros del equipo distrital de salud, como el médico de distrito, el farmacéutico y los funcionarios encargados de la salud ambiental.

En promedio, cada centro de salud cubre a una población de 2.900 habitantes y no se exige a nadie que viaje más de 5 km en busca de atención. Entre los servicios de atención primaria de salud disponibles cabe citar los de atención de urgencias, atención médica, atención prenatal y posnatal, parto, salud infantil (incluida la inmunización), planificación familiar, y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

En el nivel secundario, el Hospital General de Kingstown, con 209 camas, es el único hospital público de referencia para atención de casos agudos, que presta servicios especializados en la mayoría de los principales campos. Cinco hospitales rurales, que en conjunto tienen 58 camas, prestan un mínimo de servicios de atención secundaria para los que no se necesita la intervención de un especialista. Además, hay tres hospitales pequeños de atención de casos agudos, de propiedad y administración privadas, con un total de 24 camas. El Gobierno también administra un centro de salud mental de 120 camas, que atiende casos psiquiátricos agudos y crónicos, y el Hogar Geriátrico, que atiende a la población anciana indigente y sirve de refugio para las personas abandonadas que sufren alguna discapacidad.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud y participación de la comunidad. La Unidad de Educación Sanitaria se ha convertido en una activa dependencia del Ministerio de Salud y Medio Ambiente; su programa principal comprende actividades de información, educación y comunicación, promoción de la salud y extensión comunitaria. Hasta la fecha se cuenta con programas de capacitación en educación para la salud y la vida familiar para padres, estudiantes, jóvenes que no asisten a la es-

cuela y miembros de la comunidad; programas diarios de radio y televisión, y la producción continua de una amplia gama de materiales audiovisuales y gráficos. La Unidad de Educación para la Salud también coordina actividades de promoción de la salud.

Está en marcha un experimento para estimular la intervención de la comunidad en la salud mediante la promoción de la participación activa de los miembros de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud. Se facilita la acción comunitaria en el comité o el centro de salud o en el nivel más alto del equipo de salud distrital. Se espera que esta iniciativa estimule una mayor participación de la comunidad en actividades destinadas a cambiar el modo de vida y aliviar los problemas de salud. Aunque con el transcurso del tiempo se ha logrado cierto éxito con este empeño, los resultados han sido variables.

Protección ambiental. El Gobierno de San Vicente y las Granadinas ha declarado los años noventa como el Decenio del Medio Ambiente. Con ese fin, se ha ampliado la cartera del Ministerio de Salud para incluir al medio ambiente y se ha cambiado su nombre por el de Ministerio de Salud y Medio Ambiente; en 1995 se creó un nuevo cargo de Coordinador de Servicios Ambientales, cuyo titular tendrá la responsabilidad de coordinar todos los planes y actividades nacionales relacionados con la protección y conservación del medio ambiente; en 1995 el Gabinete nombró una Junta Nacional Consultiva en Asuntos Ambientales para asesorar al Ministro sobre políticas y programas de protección ambiental.

Los principales asuntos ambientales escogidos como centro de atención son la protección de la flora y fauna de la nación, la protección de las playas contra la contaminación y la explotación de la arena, el uso controlado de sustancias químicas y plaguicidas, sobre todo en la agricultura, y el manejo apropiado de residuos sólidos y líquidos.

Agua potable, alcantarillado y residuos sólidos. Los datos fidedignos más recientes sobre las principales fuentes de abastecimiento de agua de las familias se encuentran en el informe del censo de población y vivienda de 1991. Ese informe indica que casi la mitad de las familias (47,6%) tienen conexiones del sistema de acueducto comunal en sus viviendas (patio y casa) y otro 29,4% se abastece de fuentes públicas. Eso significa que más de tres cuartas partes de las familias (77%) se benefician de una fuente segura de agua potable. No obstante, cabe señalar que el agua de consumo doméstico de 10,8% de las familias provenía de fuentes sospechosas, como manantiales, ríos, arroyos y otros puntos de captación comunales.

La letrina de pozo sigue siendo la forma predominante de evacuación de aguas negras empleada por las familias (62,3%), seguida del tanque séptico (30,1%). Sin embargo, cabe señalar que el número de familias sin una forma autori-

zada de evacuación de aguas negras se ha reducido de 8% en 1980 a 3,7% en 1991. Algunas partes de Kingstown, la capital, están conectadas por un sistema comercial de alcantarillado que presta servicios a 3,1% de las viviendas.

En 1995 se prestaba un servicio semanal de recolección de basura a cerca de 64% de las familias, lo que representa una cobertura 16% mayor que la ofrecida entre 1992 y 1995. Ese servicio también se ha ampliado con la distribución generalizada de recipientes para la recolección de la basura en la comunidad, que se vacían cuando es necesario.

San Vicente y las Granadinas participan en el Proyecto de Manejo de Residuos Sólidos realizado por la Organización de Estados del Caribe Oriental y el Banco Mundial. Este proyecto construirá cuatro rellenos sanitarios, dos en San Vicente y dos en las Granadinas, y ampliará el servicio de recolección a toda la nación.

Inocuidad de los alimentos. Se han lanzado amplias campañas de promoción de actitudes y prácticas favorables para el manejo, la preparación, el almacenamiento y la venta de alimentos para consumo humano. Por ejemplo, todos los distritos sanitarios realizan regularmente cursos prácticos para los manipuladores de alimentos en los que se les ofrece información y educación, demostraciones, exámenes médicos y, cuando resulta necesario, tratamiento. En 1995 estaban registrados en la administración de salud pública 2.733 establecimientos de manejo de alimentos y 3.655 personas encargadas de manipularlos. No obstante, también hay vendedores ambulantes que trabajan sin instalaciones sanitarias básicas y cuyas actividades están fuera del alcance del reglamento de salud pública.

Salud ocupacional. La Ley No. 24 sobre Accidentes y Enfermedades Ocupacionales de 1952 exige que los empleadores informen al Departamento de Trabajo de cualquier accidente ocasionado por el empleo de cualquier trabajador u ocurrido durante su desempeño, que cause pérdida de vida o discapacidad. En 1995 se notificaron 11 casos de lesiones ocurridas en el trabajo. En estricta interpretación y observancia de la ley, solo se notifican los accidentes muy graves, y se ha expresado la opinión unánime de que es preciso ampliar la legislación para obligar a notificar todos los problemas de salud y seguridad ocupacionales.

La Ley No. 5 sobre Fábricas promulgada en 1955 reglamenta las condiciones de empleo en las fábricas y otros lugares de trabajo en lo que respecta a la salud, a la seguridad y al bienestar de las personas allá empleadas y permite la inspección de las fábricas, la maquinaria y cualquier insumo. Esta Ley es aplicada por funcionarios encargados de la salud ambiental, quienes trabajan estrechamente con el Departamento de Trabajo, el Congreso de Sindicatos y la Federación de Empleadores.

Preparativos para situaciones de desastre. En el territorio de San Vicente y las Granadinas se encuentra el volcán de

La Soufrière, cuya última erupción ocurrió en 1979. Las islas también son vulnerables a tormentas tropicales y huracanes, aunque no han sucedido desastres graves últimamente. Con todo, en el país se tiene conciencia de esa vulnerabilidad y de la necesidad de preparación y vigilancia continuas para situaciones de desastre.

El Comité Central de Preparativos para Situaciones de Desastre, presidido por el Primer Ministro, está formado por cinco subcomités encargados de las actividades de manejo y evaluación de desastres, operaciones de socorro, condiciones de salud e información pública y educación. Todos estos aspectos se abordan en el Plan Nacional de Desastres. El componente de salud establece respuestas para una variedad de desastres; las principales consideraciones son el tratamiento en masa de las víctimas, el saneamiento ambiental, la protección de los alimentos y el abastecimiento de agua potable. En el plan se especifican el equipo y los suministros necesarios que se deben facilitar en los establecimientos de salud periféricos y centrales como respuesta a los desastres.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

El nivel de ocupación del Hospital General de Kingstown alcanzó un promedio anual de 71% entre 1992 y 1995, o sea un aumento de 2% en relación con el período inmediatamente anterior. Los pabellones más activos han sido los de maternidad, cirugía y medicina, en orden descendente. Después de un nivel de actividad constante entre 1992 y 1994, se registró una baja de 6,2% en el número de ingresos en 1995. Esa baja se observó sobre todo en el pabellón de maternidad y puede indicar que se ha logrado algún éxito en el empeño puesto en fomentar la atención de un mayor número de partos en la comunidad. La utilización del Hospital General también se refleja en la estancia promedio de 6 días en ese período.

Todos los hospitales rurales notifican tasas de ocupación inferiores a 35%, lo que indica un alto grado de subutilización; las razones de tan poca actividad son la falta de instalaciones de diagnóstico (de laboratorio y radiografía) y de atención especializada, situación que se ha sometido a examen. Las principales causas de ingreso en esas instituciones han sido la gastroenteritis y la maternidad.

En contraste, el Centro de Salud Mental funciona con un nivel de ocupación de 120% y el Hogar Geriátrico nunca funciona con menos de la capacidad máxima. En una reciente evaluación de los servicios psiquiátricos en San Vicente y las Granadinas se recalcó la necesidad de fortalecer los programas comunitarios de extensión para concentrarse menos en la atención institucional.

Los servicios comunitarios son la piedra angular del sistema de prestación de atención de salud. Cada año se hacen más de 90.000 consultas a los centros de salud en busca de

la gama completa de servicios ofrecidos y los funcionarios de salud de diversas categorías realizan casi 48.000 visitas domiciliarias.

Insumos para la salud

Medicamentos esenciales y otros. San Vicente y las Granadinas son miembros fundadores del Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental (ECDS) y, como tales, se benefician de un ahorro promedio de 25% por la adquisición conjunta de productos farmacéuticos y suministros médicos. En los últimos años se ha ampliado la gama de productos cubiertos por el servicio para incluir anticonceptivos, lo que ha redundado en economías aún mayores. Alrededor de 11,8% del presupuesto ordinario total para salud se asigna a la compra de productos farmacéuticos y suministros médicos.

El comité encargado de establecer y actualizar el Formulario Nacional determina la clase de medicamentos disponibles en el sistema de salud pública. El Formulario Nacional está estrechamente vinculado al Formulario Regional establecido por el ECDS.

En 1995 se creó un nuevo cargo de inspector de medicamentos, cuyo titular vigila la ejecución de las disposiciones legales sobre la entrega de medicamentos recetados y el registro y la importación de fármacos. La legislación pertinente se somete actualmente a examen para facilitar el trabajo de ese funcionario.

Recursos humanos

Existen todas las categorías tradicionales de personal de salud, y la mayor proporción corresponde a personal de enfermería, ayudantes de enfermería y médicos. En 1995 había 574 puestos ocupados por personal de salud, de los cuales 53 eran médicos (48 por 100.000 habitantes) y 231 enfermeros capacitados de todas las categorías (141 por 100.000). Ya en 1995 se habían llenado más de 90% de los cargos permanentes previstos en las estimaciones presupuestarias. Esta es una mejora notable en comparación con lo ocurrido en 1990, cuando había escasez permanente de personal de categorías esenciales, como médicos, dentistas y personal de enfermería. En 1996 había poca escasez en los campos de fisioterapia, farmacia y tecnología médica.

Formación del personal de salud. Se ha recalcado mucho la importancia de la capacitación técnica básica y de la educación continua. San Vicente y las Granadinas tienen dos instituciones de formación de profesionales de salud: la Facultad de Enfermería, administrada por el Estado, y el Colegio Médico de Kingstown, institución privada extraterritorial, afiliada a la Facultad de Medicina de St. George con sede en Gra-

nada. También se forman profesionales de atención de salud en instituciones regionales e internacionales. Además, la importancia dada a la eficiencia y la productividad ha llevado a fortalecer las funciones de administración y supervisión.

Gasto y financiamiento sectorial

Entre 1992 y 1995, el gasto público real en salud alcanzó un promedio de casi 15% del gasto ordinario total. El gasto ordinario real en salud en el cuatrienio fue de US\$ 37,46 millones, de un gasto ordinario total de \$250,90 millones, y se gastó 4,6% del PIB en salud; en el cuatrienio precedente, el gasto ordinario en salud alcanzó un promedio de 15,4% del gasto ordinario total. La salud ocupa ahora el tercer lugar entre los mayores consumidores del gasto público ordinario, después del servicio de la deuda pública y la educación, en ese orden. Con todo, la salud atrae todavía 40% del total del gasto ordinario en el sector social.

En 1995 el Hospital General de Kingstown recibió 33,7% del gasto total y se mantuvo ese patrón en el período objeto de examen. Aunque la forma de organización de los servicios y de presentación del presupuesto impiden una cuantificación precisa del gasto en atención primaria de salud, se sabe que los centros de salud comunitarios y los servicios afines y los

de salud ambiental, en conjunto, reciben una asignación de 29,2% del presupuesto ordinario de salud. Los sueldos del personal de los diversos programas representan 58% del gasto por concepto de salud.

En enero de 1995 el Gobierno promulgó leyes para modificar el programa de cobro de tarifas a los usuarios en el sector público, que llevó a la primera revisión de dicha estructura en 20 años. Con esta iniciativa se buscó racionalizar las tarifas cobradas a los usuarios por servicios de hospitalización y diagnóstico e introducir tarifas por servicios dentales y productos farmacéuticos con objeto de incrementar la recaudación de ingresos de 2% a 6% del gasto público real en el sector de salud pública.

En una iniciativa relacionada, en 1995 el Parlamento accedió a introducir un Programa Nacional de Seguro. Un Comité Directivo nombrado por el Gabinete está listo a emprender todo el trabajo básico necesario para establecer este programa. Se espera que este mecanismo logre una mayor eficiencia en la prestación de servicios de salud y permita que la recaudación de ingresos sea más segura. Por último, un conjunto de medidas de reforma del sector busca fortalecer los sistemas de administración general y de suministros, introducir mecanismos de seguimiento de los costos, modificar los procedimientos de ingreso y facturación, y lanzar un programa de educación del consumidor.

SANTA LUCÍA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Santa Lucía es una isla montañosa, cuya superficie es de 617 km²; limita al este con el océano Atlántico y al oeste con el mar Caribe. La población se concentra en la zona costera y en las regiones menos montañosas del norte y el sur. La estación de los huracanes, que se extiende de junio a noviembre, constituye una continua amenaza para la agricultura y la infraestructura física de la isla. Aunque el idioma oficial es el inglés, más de 70% de la población, principalmente la de las zonas rurales, habla y comprende el creole.

Santa Lucía se independizó de Gran Bretaña en febrero de 1979. El país se rige por un sistema de gobierno democrático inspirado en el modelo de Westminster. Las elecciones parlamentarias más recientes se efectuaron en 1997. Santa Lucía es miembro de la Comunidad de Naciones y de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS).

La estructura política de Santa Lucía, que está bajo control central, empezó a descentralizarse en el decenio de 1980 para que los servicios estatales satisficieran mejor las necesidades comunitarias y para que los miembros de la comunidad participaran en la adopción de decisiones. En general, esta descentralización se está llevando a cabo lentamente, aunque en la esfera de los servicios estatales o públicos haya ganado más terreno que en el ámbito del control de las finanzas y de la toma de decisiones. En el sector salud, la administración y la prestación de servicios de salud pública se han descentralizado ya y han traído aparejada una mayor colaboración del personal de los distintos departamentos de salud. Se crearon equipos de salud regionales que, sin embargo, no siguen funcionando. El país se divide en diez distritos administrativos.

Santa Lucía ha experimentado un continuo crecimiento económico, que en promedio fue de 3,9% entre 1992 y 1995 y de 3,2% de 1988 a 1991. La tasa de crecimiento fue de 7,1% en 1992 y de 4,1% en 1995. La vulnerabilidad de la economía del

país ante los desastres naturales quedó demostrada con ocasión de las recientes inundaciones y los devastadores vientos. La economía ha dependido fundamentalmente de la agricultura, en especial de la industria del banano. A pesar de una plaga de problemas tales como la escasez de insumos, la liberalización mundial de las políticas comerciales que entrañó la reducción del precio de los bananos en el mercado europeo y la tormenta tropical Debbie que, de conformidad con las estimaciones efectuadas, dañó 58% de la cosecha de bananos en 1994, la producción industrial registró un aumento de 13,6% en 1995. Este incremento contribuyó a que la tasa estimada de crecimiento del sector agrícola fuera en ese año de 9,3%.

Ha crecido la importancia del turismo en la economía, principalmente como consecuencia de que el arribo de visitantes experimentó un aumento de 36,9% entre 1991 y 1995. Aunque el sector de la hotelería y los restaurantes figura en quinto lugar por su participación en el producto interno bruto (PIB) en 1991 y 1995, la contribución porcentual de dicho sector al PIB se elevó de 9,3% en 1991 a 11,8% en 1995. Otros sectores de la economía han crecido más moderadamente. La industria de la construcción, cuyo comportamiento está fuertemente determinado por los proyectos del sector público, experimentó su crecimiento más reducido en 1995 como consecuencia de la conclusión de los más importantes. El sector fabril ha mostrado un crecimiento tan solo moderado porque ha tenido que competir con proveedores regionales e internacionales cuyos costos eran bajos, enfrentar una menor demanda de sus principales mercados y ajustarse a la situación de la economía nacional. En 1994 el sector se contrajo 12%, pero en 1995 se produjo una recuperación que representó un crecimiento de 14%.

La tasa de desempleo fue de 15,3% en diciembre de 1995 (en comparación con 16,7% en noviembre de 1992): la tasa fue de 12,3% para los hombres y de 19,0% para las mujeres; alcanzó los valores más altos en los grupos de edad de 15 a 19 años (53,3%) y de 20 a 24 años (21,2%) y los más bajos en los grupos de 25 a 34 años (10,7%), de 35 a 44 años (8,2%) y de

45 a 54 años (6,2%). La tasa de desempleo en el grupo de 15 a 19 años fue de 63,4% para las mujeres y de 46,6% para los varones. Los sectores de mayor oferta de empleo fueron la agricultura (22%), el sector público (14%), el comercio mayorista y minorista (14%), la industria fabril (11%), la construcción (10%) y los hoteles y restaurantes (10%).

La escolarización es obligatoria para los niños de 5 a 15 años de edad. La tasa de matrícula en las 83 escuelas primarias ha llegado a un promedio de 99%, que se distribuye de manera pareja entre varones y mujeres. El porcentaje de estudiantes que asisten a colegios secundarios ascendió de 27,5% en 1988 a 37,8% en 1992 y 43,8% en 1994. Crece el número de niñas que ingresan en los colegios secundarios y la razón de escolaridad entre varones y mujeres es en promedio de 1:1,13. Funcionan 15 colegios secundarios. El número de alumnos matriculados en colegios secundarios aumentó 20%, de 9.146 a 11.202, entre los periodos lectivos 1992–1993 y 1995–1996. La matrícula en el Colegio Comunitario Sir Arthur Lewis fue de 1.176 estudiantes en el año lectivo 1994–1995.

Una encuesta realizada en 1990 estableció que la tasa de alfabetismo era de 54,1%, la tasa de analfabetismo de 27,2% y la tasa de analfabetismo funcional de 18,7%. La mayoría de los estudiantes rurales habla el creole y esta práctica los coloca en desventaja ante el sistema de enseñanza clásico, en el que se utiliza exclusivamente el inglés.

A mediados de 1995 la población estimada de Santa Lucía era de 145.213 habitantes, lo que representa un aumento de 6,8% desde 1991. El crecimiento demográfico anual fue en promedio de 1,6% durante el periodo 1992–1995. En 1995 la densidad de población era de 270 habitantes por km², un aumento de 7,6% desde 1991.

La estructura de la población por edad y sexo ha experimentado pocos cambios desde 1991. En 1995, las mujeres constituían todavía una ligera mayoría, pues representaban 51,4% de la población total. La población era relativamente joven y 45,8% tenía menos de 20 años de edad. La tasa de natalidad era de 27 por 1.000 habitantes en 1991 y de 25 por 1.000 en 1995. Las mujeres en edad de procrear (15 a 49 años) constituían 26% de la población. La población económicamente activa (grupo de 15 a 64 años) comprendía 59% del total. La razón de dependencia por edad era de 0,69 en 1995 (Cuadro 1).

Se estima que 30% de la población vive en zonas urbanas, lo que ha traído aparejada una mayor demanda de viviendas, agua y servicios sociales. Los datos sobre la migración son limitados: en el censo de población de 1991 se estimó que 25% de la población se había trasladado de su lugar de nacimiento y que de ese porcentaje, 30% residía en la ciudad capital en ese momento.

Conforme a la encuesta de evaluación de la pobreza de 1995, 20% de las familias notificaron que habían emigrado recientemente y 53% se habían reinstalado en el país. Los Es-

CUADRO 1
Población de Santa Lucía, desglosada por sexo y edad, estimada a mediados de 1995.

Grupo de edad (años)	Número			Porcentaje
	Hombres	Mujeres	Total	
Población total	70.596	74.617	145.213	100,0
0 – 4	8.703	8.504	17.207	11,8
5 – 9	7.983	8.189	16.172	11,1
10 – 14	8.583	8.632	17.215	11,9
15 – 19	8.019	7.936	15.955	11,0
20 – 49	28.516	30.411	58.927	40,6
50 – 59	3.689	4.107	7.796	5,4
60 – 64	1.316	1.723	3.039	2,1
65 y más	3.787	5.115	8.902	6,1

Fuente: Departamento de Estadística de Santa Lucía.

tados Unidos de América y otros países del Caribe fueron el destino principal de los emigrantes.

En la mencionada encuesta también se comprobó, sobre la base de los gastos declarados en productos alimentarios y no alimentarios, que 18,7% de las familias y 25,1% de los individuos eran pobres. Además, 5,3% de las familias y 7,1% de la población eran indigentes, ya que sus gastos eran insuficientes para cubrir sus necesidades en materia de alimentación. También se puso de relieve en el estudio que, entre los grupos más pobres, los alimentos representaban más de la mitad de los gastos totales de la familia.

Mortalidad

En 1995 la esperanza de vida de hombres y mujeres era de 67,5 y 73,3 años respectivamente.

La tasa bruta de mortalidad fue de 6,7 por 1.000 habitantes en 1991 y 1995 y alcanzó un promedio de 6,8 por 1.000 en el periodo 1992–1995; en 1995, la tasa fue de 7,3 por 1.000 hombres y de 6,0 por 1.000 mujeres. La tasa media de mortalidad infantil fue de 16,5 por 1.000 nacidos vivos en 1992–1995. Se notificaron 3.839 defunciones entre 1992 y 1995, lo que representó un promedio de 960 por año. Las enfermedades no transmisibles fueron las causas más importantes de muerte, en particular las enfermedades del sistema circulatorio (33%), los tumores malignos (15%) y la diabetes mellitus (11%). Las principales causas de muerte notificadas como “enfermedades del sistema circulatorio” fueron infarto agudo del miocardio, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca crónica o no especificada. El hecho de que 66 defunciones fueran clasificadas como “paros cardíacos” pone de relieve los problemas de calidad y minuciosidad de los certifica-

dos de defunción. Los sitios principales de los tumores malignos en los hombres fueron la próstata (76 muertes), el sistema digestivo con exclusión del estómago (50) y el estómago (49). En las mujeres, las localizaciones más frecuentes fueron la mama (42), el cuello de útero (37), el sistema digestivo con exclusión del estómago (60) y el estómago (26). Las enfermedades transmisibles (3%) y las causas externas (5%) no fueron causas importantes de muerte.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

Los principales problemas de salud en este grupo son las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas y los accidentes.

La tasa de mortalidad perinatal en 1992–1995 fue en promedio de 25 por 1.000 nacimientos. En 1995 se estimó que la tasa de mortalidad infantil era de 18,5 por 1.000 nacidos vivos para los hombres y de 14,5 por 1.000 para las mujeres. El 62% de las muertes de niños ocurridas durante el período 1992–1995 quedó clasificado como “afecciones originadas durante el período perinatal”, entre las cuales los nacimientos prematuros y el crecimiento anormal de los fetos (48%), y la asfixia de los recién nacidos y los problemas respiratorios (36%) fueron las causas principales. La tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años fue de 4,6 por 1.000 habitantes durante el período 1992–1995. Las muertes en este grupo de edad representaron 7,9% de la totalidad de las defunciones producidas durante 1992–1995. De las 62 muertes registradas en el grupo de 1 a 4 años en el período 1992–1995, 61,3% fueron varones y las causas principales fueron accidentes de tráfico (5), otros accidentes (11), infecciones (10), cáncer (4) y neumonía e influenza (4).

Con el examen de la sangre del cordón umbilical que se introdujo en 1991 para detectar la anemia drepanocítica, se encontró hemoglobina anormal en 378 muestras tomadas en 1995, lo que representó 10,3% de la totalidad de los nacimientos de ese año. Esta información se utiliza para determinar tempranamente que el niño padece la enfermedad, educar a los padres con respecto a esta, prevenir y administrar las crisis y, además, aplicar la inmunización apropiada.

En el período 1992–1995 se produjeron 27 muertes en el grupo de 5 a 9 años: las principales causas de muerte fueron los accidentes de tráfico (4), otros accidentes (5) y anemia (4). No se dispone de información sobre las características de la morbilidad en este grupo de edad.

Los programas de salud específicamente destinados a este grupo de población se limitan a la inmunización y al examen

físico antes de ingresar a la escuela. No hay un programa de salud escolar organizado.

Por conducto de un programa comunitario de pediatría que se puso en marcha en 1993, un pediatra está al frente de consultorios especializados en centros de salud seleccionados en cada una de las ocho regiones sanitarias y se encarga de adiestrar al personal de enfermería. Se lleva a cabo un examen físico y genético en el momento de nacer y a las 6 semanas y los 8 meses de edad. Aunque se utiliza un “pasaporte de salud del niño” —un registro hogareño del crecimiento físico, las vacunas y las principales enfermedades— para controlar el desarrollo de la población menor de 5 años de edad, la información derivada de la ficha de crecimiento no se extrae corrientemente para su notificación y análisis.

La salud del adolescente

No existen servicios de salud destinados al grupo de edad que comprende a los adolescentes (de 10 a 14 y de 15 a 19 años). En la escuela se ofrecen vacunas a los niños.

En el período 1992–1995 se notificaron 27 muertes en el grupo de 10 a 14 años: 19 de niños y 8 de niñas. Las causas principales fueron los accidentes de tráfico (4), otros accidentes (8) y el cáncer (5). En el mismo período se produjeron 41 muertes en el grupo de 15 a 19 años: 25 varones y 16 mujeres; las principales causas de muerte fueron los accidentes y las causas externas (15) y el cáncer (6).

La tasa de fecundidad en el grupo de 15 a 19 años fue de 104 por 1.000 personas del mismo grupo de edad en 1990 y ha permanecido por encima de 80 por 1.000 en el período 1992–1995. La encuesta de prevalencia de métodos anticonceptivos que se realizó en 1988 puso de manifiesto que entre 16% y 17% de las muchachas de este grupo de edad utilizaban algún método de planificación de la familia; los empleados más a menudo eran las píldoras anticonceptivas (37,0%), los condones (30,1%) y las inyecciones anticonceptivas (21,9%).

En 1991 el Consejo Nacional de Población, en colaboración con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), publicó un informe completo sobre los problemas de los adolescentes de Santa Lucía en una sociedad cambiante: en él se puso de relieve que la educación y el empleo eran dos de los problemas fundamentales. Los jóvenes terminan el sistema escolar clásico sin una preparación apropiada para el mercado de trabajo. Los resultados del estudio se han aprovechado asimismo para desarrollar, a nivel local y regional, estrategias encaminadas a reducir la fecundidad de las adolescentes. Un proyecto concebido para impedir el embarazo de estas últimas se propone modificar los comportamientos y generar una toma de conciencia mediante la comunicación y la educación.

Los datos sobre uso indebido de drogas y enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre los adolescentes son limita-

dos. Los adolescentes constituían entre 1% y 5% de los ingresos en centros de rehabilitación para toxicómanos en el período 1993–1995. En 1994 un estudio de las historias clínicas de 143 adolescentes que se habían atendido en consultorios de ETS puso de manifiesto que 82% eran del sexo femenino. La mayoría de los usuarios de estos servicios acerca de los cuales se disponía de información (114) declararon que no consumían estupefacientes y que la droga principal que ingerían era el alcohol (39). Los condones eran utilizados raramente (en 5 de 121 casos de relaciones sexuales). No se dispone de datos sobre la prostitución ni la violencia doméstica.

La salud del adulto

Durante 1992–1995 se notificaron 864 muertes en este grupo de edad (de 20 a 59 años); de ellas, 64,5% correspondieron a hombres. Los accidentes y las causas externas (195) explicaron 22,6% de la totalidad de las muertes; las causas principales fueron los accidentes de tránsito (60 muertes), otros accidentes (60), los homicidios (41) y los suicidios (30). Las enfermedades de los sistemas cardiovascular y circulatorio provocaron 20,8% de las muertes; las causas principales fueron la enfermedad cerebrovascular (48 muertes), la cardiopatía isquémica (35) y la cardiopatía hipertensiva (23). Otras causas importantes de muerte fueron el cáncer (14,5%), las enfermedades del aparato digestivo (8,7%) y la diabetes (7,2%). Se notificó una muerte materna en el período 1992–1995.

Los servicios de salud para este grupo de edad se ocupan fundamentalmente de las necesidades de las mujeres adultas. No existen servicios especialmente destinados a la población masculina.

En todos los centros de salud funcionan servicios de atención de la salud reproductiva, que comprenden la atención prenatal y posnatal, la planificación de la familia, la localización de cánceres y el tratamiento de problemas médicos tales como las ETS. La enfermera comunitaria es la principal prestadora de servicios de prevención en materia de salud reproductiva. Los consultorios especializados en obstetricia o ginecología y ETS funcionan en centros de salud seleccionados y en hospitales de distrito.

Un 50% estimado de embarazadas recurren a consultorios públicos en procura de atención prenatal y, de este porcentaje, entre 10% y 15% se atienden antes de que transcurran 16 semanas de gestación. El restante 50% de las embarazadas concurre a consultorios privados. A partir de 1994 se recomienda a las embarazadas que se sometan a ecografías de rutina a las 20 ó 22 semanas de gestación. Aunque tanto el sector público como el privado proporcionan este servicio, no se ha evaluado el grado de cumplimiento de esta recomendación. Entre 95% y 99% de los partos tienen lugar en hospitales. El 44% de las

mujeres que han dado a luz recurren al sector público para someterse a un examen a las seis semanas del parto.

La última encuesta sobre la prevalencia de los métodos anticonceptivos se llevó a cabo en 1988; en ella se demostró que 54,8% de las mujeres fecundas, no embarazadas y que viven en pareja utilizaban métodos anticonceptivos: los más frecuentes eran las píldoras anticonceptivas (39,2%), las ligaduras de trompas (16,3%) y las inyecciones anticonceptivas (15,9%). En 1995 el Gobierno asumió la responsabilidad de comprar productos anticonceptivos por conducto del Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental. La Asociación de Planificación de la Familia de Santa Lucía proporciona servicios de planificación familiar en un dispensario que funciona en la ciudad capital, en algunos lugares de trabajo y en centros comunitarios distribuidos por toda la isla.

La detección del cáncer se limita a la realización de frotis de Papanicolaou y a la enseñanza del autoexamen mamario; tanto aquel como esta se proporcionan en los 34 centros de salud, en los dispensarios dependientes de la Sociedad contra el Cáncer y de la Asociación de Planificación de la Familia de Santa Lucía y en los consultorios de médicos particulares.

La salud del adulto mayor

En 1995 las personas de 60 años y más constituían 8,2% de la población total y las mujeres representaban 57% de este grupo de edad.

Durante el período 1992–1995 se notificaron en este grupo 2.564 defunciones, equivalentes a 66,8% de la totalidad de las muertes. Las mujeres representaron 53% de estas; sus causas más frecuentes fueron las enfermedades cardiovasculares (39,8%), el cáncer (15,4%) y la diabetes (10,7%). De las 1.021 muertes clasificadas como cardiovasculares, las causas principales fueron la enfermedad cerebrovascular (40,8%), la cardiopatía hipertensiva (16,5%) y la cardiopatía isquémica (13,9%).

No existen servicios ni programas de salud especiales para personas de edad avanzada. Hay cinco hogares para ancianos: uno depende del Estado, tres de organizaciones religiosas y el quinto de un particular.

Las personas de más de 60 años con una renta anual menor de US\$ 2.222 tienen derecho a recibir asistencia médica gratuita del sector público.

La salud de la familia

Durante 1990–1995 fueron notificados al Departamento de Servicios Sociales, en promedio, 42 casos de violencia doméstica y 100 casos de maltrato infantil por año; 38% de los casos fueron maltratos físicos y 35%, abusos sexuales.

Las víctimas reciben asistencia y asesoramiento del Departamento de Servicios Sociales y del Centro para Crisis. El Ministerio de Asuntos de la Mujer ha preparado material para proporcionar a las víctimas y a los prestadores de atención información sobre los derechos de aquellas y los servicios de apoyo de que pueden disponer.

Aproximadamente 85% de los nacimientos ocurren sin que los progenitores estén casados. No hay información sobre el número de estos nacimientos, que se producen como resultado de uniones concertadas por mero acuerdo de las partes; las mujeres solteras son la cabeza de familia en 40% de los hogares.

La salud de los trabajadores

La Oficina de Medicina del Trabajo y Seguridad Ocupacional es parte del Departamento de Trabajo, está a cargo de las actividades de control e investigación y vela por la observancia de la legislación que protege la salud de los trabajadores. Los datos disponibles sobre esta cuestión se relacionan tan solo con el análisis de las demandas de subsidios por lesiones o enfermedades que se presentan ante el Sistema Nacional de Seguros, que cubre 60% de la fuerza laboral aproximadamente. Durante el período 1989–1994, 80% de las demandas por lesiones en el trabajo (718) fueron presentadas por hombres; de estas lesiones, 80% se produjeron en trabajadores de ambos sexos de 20 a 49 años de edad. En 40% de los casos, el tipo de lesión era desconocido o no se especificaba; 33% eran heridas superficiales y 13% heridas abiertas. El 60% de las demandas por enfermedad (12.972) fueron presentadas por trabajadoras; 65% y 75% de estas demandas fueron hechas en el grupo de edad de 20 a 39 años por hombres y mujeres, respectivamente. En 36% de las demandas por enfermedad, la afección era desconocida o se clasificaba como “mal definida” u “otra”. Otras causas que habilitaban para obtener subsidios por enfermedad eran lesiones (14%), enfermedades de las vías respiratorias (10,9%) e infecciones (9,5%).

La salud de los discapacitados

El censo de población de 1991 registró la existencia de 9.449 personas con discapacidad, que representaban 6,9% de la población: 58% de las discapacidades se presentaban en mujeres, 43% en personas de 65 años y más y 46% en el grupo de 15 a 64 años. Las discapacidades de tipo locomotriz y las relacionadas con la vista representaban alrededor de 70% del total (Cuadro 2). Sus causas no quedaron registradas.

Se controlan los problemas auditivos de los niños de 8 meses de edad y las personas enviadas a alguno de los dos centros de salud equipados para realizar el examen. Aunque funcionan servicios que cuentan con especialistas en gar-

ganta, nariz y oído, los terapeutas que se ocupan de problemas del habla y los audiólogos habitualmente ofrecen sus servicios tan solo a corto plazo y como voluntarios.

Un equipo de profesionales de salud dirige un dispensario donde los niños con discapacidades múltiples se atienden todos los meses. Los auxiliares de salud comunitarios se encargan de la rehabilitación en la comunidad y colaboran en un programa piloto destinado a estimular tempranamente a los niños discapacitados.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. No se han notificado casos de fiebre amarilla entre 1988 y 1991 ni entre 1992 y 1995. La vacuna contra esta enfermedad se administra únicamente a las personas que la solicitan o que necesitan aplicársela para viajar.

El número de casos notificados de malaria, dengue y esquistosomiasis fueron 3, 9 y 8, respectivamente, en el período 1992–1995, en comparación con las cifras de 0, 12 y 21 en 1988–1991. Los dos casos de malaria notificados en 1995 fueron importados. Aunque la Oficina de Estadística del Ministerio de Salud no recibió denuncias de casos de dengue en 1993, se identificaron cuatro casos mediante el sistema de vigilancia del sarampión. No hay información sobre serotipos de dengue ni sobre localización de casos de enfermedades transmitidas por vectores.

Enfermedades inmunoprevenibles. Las tasas de cobertura de inmunización en el período 1992–1995 oscilaron entre 95% y 99% para la BCG y entre 92% y 98% para la DPT y la vacuna antipoliomielítica oral. Las tasas correspondientes a la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola fueron 72% en 1992 y 92% a 94% en el período 1993–1995. En 1994, 96% de las niñas de 11 a 15 años que asistían a la escuela fueron inmunizadas contra la rubéola. La vacuna contra la hepatitis B se ofreció por última vez entre 1989 y 1990 al personal sanitario: entonces 69% de los 120 trabajadores que participaron en la campaña recibieron tres dosis.

El último caso de poliomieltis se registró en Santa Lucía en 1970 y en 1994 el país fue declarado libre de la transmisión del poliovirus salvaje. En 1985 se notificó por última vez la presencia de tétanos neonatal; en 1993 se notificó un caso de tétanos no neonatal. El número de casos notificados sospechosos de sarampión en niños de menos de 15 años de edad disminuyó constantemente de 37 en 1992 a 8 en 1995. En el período comprendido entre 1992 y 1995 no se confirmaron casos de sarampión ni de rubéola mediante el sistema de vigilancia; tampoco se notificó ningún caso de difteria ni de tos

CUADRO 2
Tipo de discapacidad por grupo de edad, Santa Lucía, 1991.

Tipo de discapacidad	0-4 años	5-14 años	15-49 años	50-64 años	65 años y más	Total por tipo de discapacidad	
						No.	%
Locomotriz	32	147	950	1.013	2.297	4.439	47,0
Visual	22	235	610	379	1.030	2.276	24,1
Mental	36	224	617	87	121	1.085	11,5
Auditiva	18	98	151	63	275	605	6,4
Del habla	24	98	205	49	76	452	4,8
Otro	6	35	119	126	306	592	6,2
Total por grupo de edad							100,0
Número	138	837	2.652	1.717	4.105	9.449	
Porcentaje	1,5	8,8	28,1	18,2	43,4	100,0	100,0

Fuente: Departamento de Estadística de Santa Lucía.

ferina. Durante el mismo período se notificaron 11 casos de hepatitis infecciosa, lo que representó una disminución con respecto a los 30 casos que se habían notificado entre 1988 y 1991. La notificación de hepatitis infecciosa no quedó registrada por tipo de virus. La meningitis por *Haemophilus influenzae* no es una enfermedad que se deba notificar.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales.

Aunque no se han notificado casos de cólera, hay un control de la enfermedad en la subregión que se lleva a cabo con la ayuda del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC); por ende, se pueden emprender la educación del público y la vigilancia en cuanto sea necesario.

La notificación habitual de consultorios de médicos de distrito demostraron que las epidemias por infecciones diarreicas ocurren cada dos años: aproximadamente 50% de los casos correspondían a niños menores de 5 años; no se identificaron los agentes patógenos causales. Durante el período que abarca el informe se notificaron 3.994 casos, lo que representa una disminución con respecto a los 4.536 casos notificados en 1988-1991.

Tuberculosis y lepra. En el período 1992-1995 se notificaron 82 casos de tuberculosis, en comparación con los 98 casos notificados entre 1988 y 1991; todos fueron casos de tuberculosis pulmonar. La información disponible sobre los 56 casos notificados en el período 1993-1995 indica que se distribuyeron por igual entre hombres y mujeres y que se manifestaron en los grupos de 40 a 59 años (34%), de 60 años y más (30%) y de 20 a 39 años (29%). Cinco de los casos notificados se presentaron en personas con sida. Se registraron 27 muertes causadas por tuberculosis en 1992-1995.

Durante 1992-1995 se notificaron 34 nuevos casos de

lepra, todos los cuales correspondieron a personas de más de 15 años de edad. En 1995 se estaban tratando 24 casos y se estaban vigilando otros 11.

Infecciones respiratorias agudas. Los casos notificados de enfermedades respiratorias agudas disminuyeron entre 1988-1991 y 1992-1995. Durante este último período fueron notificados 78 casos de neumonía y 1.731 casos de influenza en niños menores de 5 años de edad, en comparación con los 321 y 2.298 casos notificados, respectivamente, en 1988-1991.

La neumonía fue la causante de 44,2% (99) de todas las muertes provocadas por enfermedades respiratorias. Se produjeron ocho muertes de niños menores de 5 años de edad. No se registraron muertes por influenza durante el período 1992-1995.

Rabia y otras zoonosis. Durante 1992-1995 se notificaron ocho casos de leptospirosis y no se notificó ninguno en 1988-1991. No hay información acerca de la edad, el sexo, la ocupación o el domicilio de las personas afectadas. Se notificó una muerte por leptospirosis en 1995: fue la de un hombre de 45 años de edad que vivía en una zona rural.

La leptospirosis ha sido diagnosticada clínicamente y mediante exámenes serológicos de vacas. Se ha identificado criptosporidiosis en vacas en una zona de la isla. Una encuesta efectuada en 1994 no reveló la existencia de ningún caso de brucelosis o tuberculosis en vacas.

No hay rabia en Santa Lucía. Se impide el ingreso al país de los animales provenientes de regiones endémicas y de zonas consideradas de riesgo. Los animales domésticos importados son sometidos a cuarentena en instalaciones del Reino Unido durante los seis meses previos a su admisión.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. El primer caso de infección por VIH fue diagnosticado en 1985 y el primer caso de sida pediátrico fue notificado en 1990. Hasta diciembre de 1995 se contabilizaban 140 casos notificados de infección por VIH y un total acumulativo de 81 personas con diagnóstico de sida. La tasa acumulativa de letalidad por sida era entonces de 88,9%. La razón hombre/mujer con respecto a la infección por VIH es de 1,2:1, lo que indica que el modo de transmisión es fundamentalmente heterosexual; 52% de los casos se registraron en el grupo de edad de 30 a 44 años y seis fueron casos pediátricos.

Un análisis reciente de vigilancia de VIH y sida puso de relieve que la infección por VIH se diagnostica tardíamente, dado que 80% de los casos se notifican tan solo en el momento en que se diagnostica el sida; únicamente 20% de los casos se notifican más de un año antes de que se manifiesten los síntomas de sida. Los datos sobre las manifestaciones clínicas son escasos y todavía no se ha analizado cuál es la carga que representan la infección por VIH y el sida para los servicios hospitalarios. El número total de pruebas realizadas para detectar el VIH osciló entre 4.000 y 5.000 en los últimos cinco años: 33% se llevaron a cabo en el banco de sangre, 38% en los consultorios especializados en ETS, 20% por médicos de los sectores público y privado y 9% en estudios de seroprevalencia.

En 1994 se estimó que la seroprevalencia del VIH en la población prenatal oscilaba entre 0% y 0,6%; en 1995 se estimó que dicha seroprevalencia en la sangre de los cordones umbilicales variaba entre 0% y 0,5%, y en 1992 la OPS había estimado que era de 0,63% en toda Santa Lucía. Sobre la base de estos datos, se estimó que la tasa de seroprevalencia de la infección por VIH era de 0,5% para la totalidad de la población.

La información sobre las ETS se limita a los informes de los consultorios especializados del norte, sur y oeste del país y de la Oficina de Epidemiología. En el período 1992–1995 fueron notificados a dicha Oficina 670 casos de sífilis y 343 casos de gonorrea, en comparación con los 689 casos de sífilis y 599 casos de gonorrea que se notificaron entre 1988 y 1991.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Aunque hay focos de desnutrición, se desconoce la magnitud del problema. En el período 1992–1995 se notificaron nueve casos de desnutrición en niños menores de 5 años, en comparación con los 23 casos registrados durante 1988–1991. La deficiencia de hierro es la única deficiencia de micronutrientes que se ha identificado; empero, no se ha determinado la magnitud del problema, particularmente entre las mujeres y los niños de los grupos en riesgo. Un análisis de

los registros prenatales efectuado en 1990 demostró que 20% de las embarazadas que asistían a dispensarios públicos tenían niveles de hemoglobina inferiores a 10 g/dl.

Por problemas que atañen a la manera de registrar los datos de morbilidad de la diabetes mellitus, la información al respecto no es confiable. La diabetes representaba 8,8% (339) de todas las muertes en el período 1992–1995; 65% fueron muertes de mujeres y 81% de personas mayores de 60 años.

Enfermedades cardiovasculares. Durante el período 1992–1995 se produjeron 1.304 muertes causadas por enfermedades del aparato circulatorio; estas enfermedades provocan 33% de las muertes notificadas y se clasifican como el grupo más importante de causas de muerte. Dentro de este amplio grupo, las causas principales de muerte son la enfermedad cerebrovascular (35,9%), la cardiopatía hipertensiva (14,8%) y la cardiopatía isquémica (13,6%). En la actualidad no hay datos sobre la morbilidad.

Tumores malignos. El país carece de un registro de cáncer. Un análisis de diagnósticos histopatológicos de 2.714 muestras examinadas en los dos hospitales más importantes en 1995 puso de manifiesto que 222 (8,2%) eran tumores malignos. Las principales localizaciones eran el cuello de útero (20,7%), la piel (18,9%), la mama femenina (12,2%) y el sistema digestivo (10,4%). En 20,7% de los casos no se determinó el sitio.

Los tumores malignos provocaron 14% de las muertes producidas durante 1992–1995. Los tres sitios de cáncer más comunes entre los hombres fueron la próstata, el estómago y otras partes del aparato digestivo. Entre las mujeres, los sitios más comunes fueron la mama, el cuello de útero y el sistema gastrointestinal.

Accidentes y violencia. Los accidentes y la violencia fueron las causas de 7,7% de la totalidad de las muertes producidas en 1992–1995. La mayoría de estas muertes se produjeron en el grupo de 15 a 44 años y 81% en hombres. El número de muertes que se notificó fue 296 y las causas principales fueron los accidentes de tráfico (28,7%), los homicidios (16,2%), el ahogamiento (14,5%) y los suicidios (11,8%).

En 1994 el Parlamento aprobó una ley que exige el uso de cinturones de seguridad para manejar automóviles y de cascos protectores para conducir motocicletas. La ley entró en vigor tres años después de haber sido promulgada para dar a los vendedores de automóviles y al público tiempo suficiente para ajustarse a sus disposiciones y cosechar los beneficios de una campaña de educación pública.

Trastornos del comportamiento. No hay información disponible sobre el hábito de fumar y el consumo de alcohol.

La venta de tabaco y alcohol a menores de edad está prohibida por ley.

Durante el período 1993–1995, 2.217 personas fueron admitidas en el hospital de psiquiatría. En 1995 se produjo el ingreso de 761 personas, de las cuales 75% fueron hombres; además, 1.872 personas, de las cuales 61% eran hombres, recibieron asistencia ambulatoria. El diagnóstico predominante fue esquizofrenia (61%); le siguieron las psicosis maniaco-depresivas (20%).

Desastres naturales y accidentes de trabajo. En 1995 se registró un derrame de petróleo en la Estación de Carga Hess sin que se denunciaran consecuencias graves para la salud.

La tormenta tropical Debbie produjo en septiembre de 1994 grandes inundaciones que provocaron desprendimientos de tierra, perjuicios para el sector agrícola y daños en las obras de infraestructura. La tormenta tropical Debbie provocó tres muertes y daños estimados en US\$ 85 millones. Los principales peligros para la salud derivados de la tormenta se relacionaron con el desbordamiento de pozos ciegos, el agua estancada y la interrupción del suministro de agua por lapsos prolongados. Se reforzó y amplió la vigilancia de las enfermedades con posterioridad al desastre.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El principal mandato del Ministerio de Salud es “mantener y mejorar las reservas presentes y futuras de recursos humanos”. La Política Nacional de Salud comprende la recaudación de impuestos, el aprovechamiento de la tecnología apropiada, la calidad del personal sanitario, el crecimiento demográfico, los grupos vulnerables y de riesgo, la toxicomanía, la salud de los trabajadores y las cuestiones ambientales. Las estrategias que se utilizan para aplicar estas políticas se reflejan en el Plan Nacional de Diez Años (junio de 1993 a julio de 2003) para el Sector Salud.

El Estado proseguirá mejorando el sistema de atención de la salud a partir del punto de vista de la atención primaria y la prevención, mientras aumenta a la vez la calidad de los servicios secundarios y terciarios y las posibilidades de utilizarlos.

Las limitaciones financieras, el creciente costo de la atención de la salud, la contracción de la financiación externa y la demanda de la opinión pública, que quiere recibir una atención de salud más compleja y cara, ha inducido al Gobierno de Santa Lucía a revisar las formas de administración de los servicios de salud. El meollo de esta nueva evaluación reside en la manera de organizar los servicios de salud para fomentar la equidad, la eficacia, la sostenibilidad, la accesibilidad, la calidad y la conformidad del consumidor.

Las reformas ya han traído aparejada una mayor colaboración con el sector privado de la salud en el ámbito nacional y con otros países. El objetivo principal es financiar la atención de salud efectuando una revisión al alza de los pagos directos del usuario, inclusión hecha de los emolumentos por procedimientos quirúrgicos, y desarrollar planes para establecer un seguro nacional de salud que cubra a un mayor porcentaje de la población y tenga en cuenta consideraciones de equidad. Otras iniciativas tendientes a introducir reformas se han centrado en la salud mental y los servicios farmacéuticos, así como en cambios administrativos en los hospitales, que comprenden la redefinición de la función de los hospitales distritales.

Organización del sector salud

El Consejo de Administración Técnica del Ministerio de Salud y las correspondientes organizaciones profesionales de carácter nacional asumen el liderazgo del sector.

A nivel central, los jefes de los departamentos manejan el personal y los diferentes programas, y cuentan con asistencia de directores de programas nacionales, que se ocupan de programas específicamente de salud. A nivel de distrito, hay equipos a cargo de la administración y los servicios de atención de salud. Cabe hacer notar que funcionan únicamente dos de estos equipos.

En términos generales puede decirse que, en el sector público, la atención de salud abarca los servicios personales, los recursos humanos y los recursos físicos. Se promueve la salud y se ofrecen y prestan servicios de prevención, curación y rehabilitación a nivel primario, secundario y terciario.

Los servicios de atención primaria están descentralizados y se ofrecen en los 34 dispensarios diseminados por toda la isla. Los servicios secundarios y especializados se concentran en el norte y el sur del país en los dos hospitales generales y en el hospital de psiquiatría. También funcionan consultorios de obstetricia y ginecología, pediatría, cirugía y enfermedades de transmisión sexual, así como servicios de salud mental, en centros de salud seleccionados y en los hospitales de distrito.

Aunque cualquier persona puede atenderse en cualquier servicio de salud, la administración y dirección de los servicios se basan en la captación de una población determinada, dentro de un área definida, alrededor de una ciudad o pueblo importante.

El sector privado de la salud está formado por los profesionales de la salud, las organizaciones no gubernamentales y los curanderos tradicionales. Los médicos y los dentistas han estado siempre en el sector privado, aunque muchos trabajan a la vez en el sector público y en el privado. Recientemente las enfermeras se han empleado en la industria hotelera y en la atención de pacientes en casas particulares.

El Ministerio de Salud se encarga de establecer el monto de lo que el usuario tiene que pagar directamente en el sector público, pero no tiene competencia para inmiscuirse en las operaciones de las empresas de seguros de salud de carácter privado. La mayor parte de estas empresas reintegra el dinero desembolsado por el asegurado, pero hay unas pocas que pagan los servicios al prestador. Los principales seguros de salud son los que ofrece el sector privado a individuos o grupos de personas y los del Sistema Nacional de Seguros (SNS). Todos los años este último destina al Ministerio de Salud una suma global que se asigna para cubrir los gastos del tratamiento ambulatorio o de la internación en un hospital de los empleados que aportan al Sistema. La mayor parte de los seguros de salud privados se otorgan a grupos de empleados con arreglo a planes que se integran con aportaciones de los empleadores y de los propios empleados. En otros casos los asegurados son personas que compran pólizas para ellas y sus familias.

A fines del período 1992–1995 se había entablado un debate en torno de la aplicación del SNS. La cobertura de este Sistema abarcaría el tratamiento ambulatorio y la internación hospitalaria de los imponentes y sus familias. La afiliación comprenderá a los empleados, los jubilados y las personas a cargo de la sociedad. Estas últimas personas se identifican sobre la base de los ingresos familiares.

Los colegios de médicos y enfermeros se encargan de la matrícula y la fiscalización de sus representados; el Consejo Médico se ocupa de la matrícula de los dentistas, farmacéuticos y optometristas. La práctica de los profesionales de salud pública se rige por la Ley de Salud Pública. En la actualidad no se exige que los médicos demuestren que estudian permanentemente ni que presenten certificados de aptitud física para ejercer su profesión cuando tienen que renovar su matrícula. Los servicios de salud no tienen que estar registrados ni autorizados y no funcionan mecanismos que los fiscalicen.

No existe una dirección nacional que se encargue de fiscalizar los medicamentos; la Comunidad del Caribe (CARICOM) procura crear un Organismo Regional de Asesoramiento sobre Medicamentos y Productos Terapéuticos, que desempeñará las funciones de ente regulador regional del registro de medicamentos. Se requiere autorización para importar drogas, reactivos y otros suministros médicos. Están en vigencia leyes que regulan la prescripción de medicamentos controlados, cuyo empleo fiscaliza el farmacéutico jefe.

El Ministerio de Planificación se ocupa de las mejoras materiales y del medio ambiente. El uso del suelo se divide en zonas para actividades agrícolas, emprendimientos industriales y asentamientos humanos. El Ministerio solicita con creciente insistencia que se lleven a cabo evaluaciones de las consecuencias sobre el medio ambiente de los proyectos de desarrollo antes de ponerlos en marcha.

La Junta de Control de los Plaguicidas se ocupa del registro de los plaguicidas y de la concesión de licencias para utilizarlos. Funcionan mecanismos de vigilancia y control de la contaminación biológica y química del agua; sin embargo, la inocuidad de los productos químicos y la calidad del aire, el suelo y la vivienda no se controlan rutinariamente y la fiscalización y aplicación de estas medidas son insuficientes.

La seguridad alimentaria y la calidad de los alimentos se rigen por la Regla de Salud Pública No. 70, que se dictó en 1980; el organismo de ejecución es la Oficina de Alimentos del Departamento de Saneamiento Ambiental. La ley exige que los establecimientos que trabajan con alimentos y las personas que los manipulan estén registrados y posean una licencia habilitante.

Se están revisando algunas leyes, como la legislación relativa a la salud de los trabajadores, la Ley de Facultades Extraordinarias y la Ley de Farmacia. También están sometidas a revisión la Ley de Salud Pública y la ordenanza relativa a la matrícula de enfermeras y parteras.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud, marco y entorno del sector salud y comunicación social. La promoción de la salud y la educación en salud en la esfera del Ministerio de Salud corresponde a la Oficina de Educación para la Salud; otros departamentos ministeriales, otros ministerios y organizaciones no gubernamentales también desarrollan actividades de promoción de la salud. Se confía cada vez más en el teatro popular para promover la salud y la educación y se recurre con creciente frecuencia al creole para difundir entre el público noticias sobre la salud por conducto de los medios de comunicación social. Durante el período 1993–1996, 515 consejeras y 197 consejeros recibieron adiestramiento para proporcionar apoyo e información a la juventud con respecto a la vida familiar, los valores, la sexualidad humana y la fecundidad.

Programas de prevención y control de enfermedades. Se brindan servicios preventivos gratuitamente, con excepción de la vacuna contra la fiebre amarilla, las vacunas exigidas para ingresar en los colegios y los productos anticonceptivos. Las embarazadas son sometidas a pruebas para detectar anemia, hemoglobinopatías y sífilis; se les suministra hierro rutinariamente. Se llevan a cabo exámenes de la sangre del cordón umbilical. Rutinariamente se ofrece inmunización a los menores de 15 años y a las embarazadas.

En lo que se refiere a la detección del cáncer, están en marcha programas para detectar el de cuello de útero y de mama;

en la actualidad se dispone de antígenos prostáticos específicos para detectar el cáncer de próstata.

También se desarrollan programas de prevención y control de la esquistosomiasis, las enfermedades transmitidas por los alimentos, la lepra, el sida y el VIH y el dengue, con inclusión del control de *Aedes aegypti*. La educación para la salud, la reducción de los factores de riesgo y la detección temprana son componentes importantes de la prevención y el control de enfermedades.

Salud oral. En siete dispensarios odontológicos diseminados por toda la isla se proporcionan servicios odontológicos, que incluyen exámenes dentales, profilaxis, sellados, obturaciones, planificación de raspados subgingivales y extracciones. En tres dispensarios también se dispone de servicios radiográficos y en un cuarto se proporciona tratamiento exclusivamente a los niños; tan solo a estos últimos se les ofrece tratamientos de conductos radiculares. En los servicios odontológicos del Ministerio de Salud fueron tratados en total 12.049 pacientes durante 1995.

En 1994 el programa de atención odontológica de las escuelas amplió su cobertura, que desde entonces abarca no solo a los niños de 7 y 8 años sino también a los niños de edad preescolar y a los que asisten a los servicios asistenciales diurnos. Participaron en el programa 70% de estos niños, a quienes se ofrecieron obturaciones, extracciones y sellados dentales, además de limpieza de los dientes y tratamiento con fluoruro.

El tratamiento con fluoruro que se ofrecía a los niños fue interrumpido en 1994 como consecuencia de una financiación insuficiente y de suministros irregulares. En un estudio de la totalidad de las plantas de tratamiento del agua, que se llevó a cabo ese mismo año, se comprobó que en la mayor parte de los casos el nivel de fluoruro oscilaba entre 0 y 0,2 mg/dl. En la actualidad no es factible poner en marcha un programa de fluoruración del agua porque las instalaciones para el tratamiento de esta son muy pocas y no están suficientemente bien mantenidas.

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. Funcionan sistemas de vigilancia de las enfermedades transmisibles que tienen interés internacional, regional y nacional. Se practica una vigilancia activa del dengue, las enfermedades diarreicas, la poliomielitis, el VIH, el sida y las enfermedades de transmisión sexual y el sarampión; en 1991 se estableció un sistema de vigilancia del sarampión y en 1992 se puso en marcha otro para la parálisis flácida. La información disponible se extrae tradicionalmente de los informes de los registros clínicos de la Oficina Médica del Distrito.

Durante el período comprendido entre 1993 y 1995 los trabajadores de salud recibieron adiestramiento para que pudie-

ran diagnosticar y vigilar el dengue, el sarampión y la poliomielitis y se pusieron en marcha mecanismos para facilitar el transporte de las muestras de laboratorio al hospital principal y al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). El país carece de un laboratorio de salud pública. El Laboratorio Ezra Long, que funciona en el hospital general más importante, dispone de medios para investigar las infecciones bacterianas y parasitarias y algunas virales. El CAREC se encarga de la investigación de laboratorio de otras enfermedades virales tales como el dengue, el sarampión, la poliomielitis y la leptospirosis.

Servicios de agua potable y alcantarillado. La Dirección de Agua y Alcantarillado se encarga del control y la distribución del abastecimiento municipal de agua y maneja 37 tomas de agua cruda que la suministran a 31 plantas de tratamiento de agua. La tormenta tropical Debbie causó grandes daños en las instalaciones de tratamiento y depósito de agua. El censo de 1991 puso de manifiesto que 75% de los hogares estaban conectados al abastecimiento municipal de agua. El embalse Roseau quedó terminado en 1996.

La inadecuada eliminación de productos químicos procedentes de los sectores de la agricultura y la industria fabril y el acceso irrestricto a fuentes de agua sin tratar amenazan la calidad del agua.

En un estudio realizado en 1995 y 1996 por el Ministerio de Salud sobre el abastecimiento de agua corriente en Santa Lucía se comprobó que 46% de la población consumía agua tratada en instalaciones donde no se realizaba el proceso básico de sedimentación química.

El censo de 1991 demostró que las letrinas de pozo eran el principal tipo de eliminación de aguas servidas (49%), en tanto que 29% de los hogares usaban fosas sépticas y 6% estaban conectados al sistema de alcantarillado. El 11% de los hogares se concentraban en ciudades y pueblos rurales que no disponían de instalaciones de eliminación de excretas. El Estado se encarga del funcionamiento de unos 50 excusados públicos en toda la isla.

Servicios de gestión de los desechos sólidos. La gestión de desechos sólidos está a cargo conjuntamente del Ministerio de Planificación, la División de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud, el Ayuntamiento de Castries y los ayuntamientos comunales.

Los desechos sólidos no se almacenan adecuadamente antes de su recolección y a menudo se eliminan de manera poco satisfactoria. La eliminación de los desechos sólidos se realiza en vertederos al aire libre, que no resultan apropiados sin un buen mantenimiento. Los desechos generados por las instituciones de atención de salud pública se incineran en el sitio donde se producen; no se ha llevado a cabo una evaluación sobre la bondad de esta práctica ni sobre la manera de eliminar los desechos del sector privado de la salud.

En un estudio emprendido en 1992 para examinar la forma de tratar los desechos sólidos y los recursos disponibles para esta tarea se formularon recomendaciones para tratar los distintos tipos de desechos que se generan en el país. En consecuencia, se estableció en 1996 un organismo autónomo que quedó a cargo de la gestión de los desechos sólidos de conformidad con la ley reglamentaria correspondiente; por otra parte, se desarrolló el componente local de un proyecto de la Organización de los Estados del Caribe Oriental para la gestión de los desechos sólidos; financian este proyecto el Fondo Fiduciario para el Medio Ambiente Mundial, el Banco Mundial, el Banco de Desarrollo del Caribe y el Gobierno de Santa Lucía.

Prevención y control de la contaminación ambiental. El Ministerio de Planificación está a cargo de la supervisión y el control de la calidad del ambiente. El Gobierno es signatario de varias convenciones internacionales sobre la calidad ambiental y ha iniciado conversaciones intersectoriales sobre la forma de reducir las sustancias que destruyen el ozono. En 1944 se declaró oficialmente que estaba prohibido fumar en todos los edificios del Ministerio de Salud y en 1995 esta política se extendió a la totalidad de los edificios gubernamentales. Aunque hay normas para determinar la calidad de la atmósfera, no se ha establecido ninguna política para protegerla.

Protección y control de los alimentos. La Oficina de Alimentos del Departamento de Saneamiento Ambiental se ocupa de todos los aspectos de la protección, el control y la seguridad de los alimentos, lo que incluye la inspección de las instalaciones comerciales donde estos se preparan, el control de las carnes y otros productos alimentarios, la capacitación y la habilitación de las personas que los manipulan y la investigación de las enfermedades transmisibles por los alimentos.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de emergencia. Por lo menos una vez por semana se ofrecen servicios médicos y farmacéuticos en los 34 dispensarios diseminados por toda la isla. En los dos hospitales generales se brindan servicios de hospitalización y ambulatorios y para accidentes y casos de emergencia. Los dos hospitales de distrito ofrecen servicios de atención primaria, limitada atención secundaria y servicios para casos de emergencia. Los pacientes en procura de asistencia médica se desplazan del sector público al privado y entre los distintos niveles de atención. El sistema de envío de los pacientes a otros servicios funciona bien dentro del régimen de atención primaria y a partir de él. Es preciso reforzar el sistema de envío del nivel secundario y terciario al

nivel comunitario a fin de mejorar el seguimiento de los usuarios por el personal de salud de la comunidad.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre. Se ofrecen servicios de laboratorio, colposcopia y diagnóstico por imágenes tanto en el sector público como en el privado. El Servicio Nacional de Transfusión de Sangre tiene su sede en el hospital principal. Inicialmente se selecciona a los donantes haciéndoles contestar un cuestionario y después se los somete a pruebas de detección del VIH, HTLV-1, HBsAg y VDRL.

Servicios especializados. Se ofrecen servicios especializados de obstetricia y ginecología, colposcopia, radiología, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía maxilofacial, psiquiatría y diálisis renal. En los departamentos de fisioterapia se proporcionan servicios de rehabilitación física. En Turning Point, un centro de rehabilitación de alcohólicos y toxicómanos, se ofrece internación hospitalaria y tratamiento ambulatorio a ese tipo de personas.

Insumos para la salud

Santa Lucía no produce medicamentos, productos inmunobiológicos, reactivos ni equipos.

Medicamentos. Santa Lucía adquiere algunos de sus medicamentos y productos farmacéuticos por conducto del Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental. El Comité Nacional a cargo del Formulario de Medicamentos selecciona los medicamentos y productos farmacéuticos que se han de comprar y adjudica los contratos a proveedores autorizados. En 1994 el Comité publicó la cuarta edición del "Formulario Regional y Manual de Terapéutica". Se cumple un programa completo de garantía de calidad en colaboración con el Laboratorio de Pruebas de Medicamentos del Caribe.

Los medicamentos, los productos farmacéuticos y otros suministros médicos que no reúnen las condiciones requeridas para ser comprados en conjunto son adquiridos a agentes conocidos o a los fabricantes por el Departamento de Suministros Médicos o por los jefes de otros departamentos; no existen mecanismos formales de control de calidad.

Productos inmunobiológicos. Todas las vacunas que se utilizan en el sector público se adquieren por conducto del Fondo Rotatorio de la OPS, que adjudica los contratos a los proveedores y supervisa la calidad de las vacunas. El Ministerio de Salud proporciona vacunas al sector privado a un costo mínimo.

Las vacunas contra la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo B, y los sueros hiperinmunes que se emplean en los hos-

pitales son adquiridos a agentes locales o extranjeros sin que se aplique mecanismo alguno de control de calidad.

El Departamento de Suministros Médicos y los jefes de otros departamentos adquieren los reactivos y otros suministros utilizados en el sector público.

Equipo. Varias personas son las encargadas de adquirir el equipo biomédico. Se adquiere gran diversidad de marcas, lo que crea problemas de mantenimiento y para la compra de repuestos.

Recursos humanos

Disponibilidad de servicios por tipo de recursos. La cantidad de personal empleado en el sector público aumentó durante el período que comprende el informe; en 1995 había 71 médicos, 7 dentistas, 401 enfermeras, 15 farmacéuticos, 5 educadores para la salud y 250 personas de todas las categorías a cargo del saneamiento ambiental que trabajaban en el Ministerio de Salud y el Hospital Saint Jude, un hospital semi-privado en el que se atiende la población que vive en el sur de la isla. Aunque también aumentó la cantidad de personal empleado en los servicios de laboratorio y radiología, no se conocen las cifras correspondientes. Estos aumentos han sido el resultado de la expansión del tipo de servicio ofrecido, de una mayor carga de trabajo y de la existencia de profesionales de la salud convenientemente adiestrados.

Formación del personal de salud. El Colegio Comunitario Sir Arthur Lewis es la única institución local que brinda capacitación a los profesionales de la salud. El Colegio, que comenzó a preparar enfermeras generales y parteras en 1988, ofreció en 1994 un curso para el personal de campo interesado en obtener el Diploma en Nutrición Comunitaria. El Departamento de Enfermería de la Comunidad capacita a los auxiliares de salud comunitarios. La formación de las demás categorías de profesionales de la salud solo se puede obtener en instituciones regionales e internacionales y se encuentra seriamente limitada por la falta de recursos financieros.

El Ministerio de Salud, el Comité Nacional a cargo del Formulario de Medicamentos y la Asociación Médica y Odontológica de Santa Lucía organizan regularmente la capacitación en el servicio de los profesionales de la salud de cualquier categoría. La Universidad de las Indias Occidentales brinda cursos breves sobre salud reproductiva y de los adolescentes mediante el sistema de educación a distancia.

Mercados de trabajo para el personal de salud. La mayor parte del personal de salud está empleado en el sector público. Es tradicional que los médicos, los odontólogos y los

farmacéuticos constituyan la mayor parte de los profesionales que trabajan en el sector privado; un número creciente de centros de este sector ha comenzado a ofrecer servicios de diagnóstico y atención ocular. Hay pocas oportunidades de empleo para los profesionales de la salud en las organizaciones no gubernamentales.

Investigación y tecnología en salud

El Ministerio de Salud ha incrementado el empleo de nuevas tecnologías en diversas esferas. El Departamento de Saneamiento Ambiental ha introducido en sus programas de lucha antivectorial y de control de la calidad de los alimentos el empleo de luces ultravioletas, vaporizadores, sensibilizadores y termómetros, así como la utilización de letrinas con mejor ventilación. Tanto el sector público como el privado cuentan con servicios de ecografías y colposcopias y, el último de los nombrados, también con el de tomografías computarizadas.

El país carece de una política regulatoria en la que se tengan en cuenta la investigación y la tecnología y no existen estructuras oficiales para estimar y evaluar las repercusiones de la investigación y la tecnología en el sector salud. No se ha calculado hasta qué punto se utiliza la tecnología sanitaria.

Durante el período 1992–1995, el Servicio de Medicamentos del Caribe Oriental ha llevado a cabo un estudio sobre el consumo racional de fármacos para tratar la hipertensión y la diabetes. Son motivos de preocupación el empleo de sulfonilureas en personas de más de 60 años de edad, la escasa utilización de glucofagos y la prescripción de Bezide de 5 mg cuando ha quedado demostrado que la dosis de 2,5 mg es efectiva. Los prestadores de atención de salud fueron informados de los resultados obtenidos en seminarios sobre el empleo de fármacos.

Gasto y financiamiento sectorial

La información sobre los gastos en salud pública está disponible para las instituciones de salud y programas específicos. Sin embargo, se carece de información sobre los gastos del sector privado de salud o sobre los recursos de que disponen las instituciones, las empresas y las organizaciones comunitarias y no gubernamentales.

El sector salud ocupa el segundo lugar entre los principales receptores del conjunto de los recursos del Estado. El presupuesto aprobado para la salud representó en promedio 12,5% de la totalidad de los gastos del Estado durante el período 1993–1995. Para los años fiscales comprendidos entre 1991–1992 y 1994–1995, los gastos ordinarios en salud pública con respecto al presupuesto total del Estado llegaron en

promedio a 1,6% para los programas de prevención, 5,4% para los hospitales (con excepción del Hospital Saint Jude y 3,9% para fármacos y suministros médicos (excluidas las vacunas). El Estado paga los salarios, sueldos y primas del personal del Hospital Saint Jude. La ejecución de grandes obras ha dependido muchísimo de la ayuda internacional.

Las fuentes principales de financiamiento de los gastos ordinarios del Estado son el impuesto a los réditos, otras cargas fiscales y los pagos directos que deben efectuar los usuarios. Como los ingresos del Estado, sea cual fuere su procedencia, se destinan a un fondo único, los ingresos derivados de pagos directos de los usuarios no benefician directamente al departamento o al Ministerio que los haya recaudado. El Hospital Saint Jude es una excepción, pues retiene los pagos directos de los usuarios por los gastos en que hayan incurrido.

Los gastos ordinarios en salud se financian con asignaciones del fondo único, a las que se suma una aportación anual a dicho fondo del Sistema Nacional de Seguros en concepto de cobertura de los gastos de internación hospitalaria de sus afiliados. Antes del año fiscal 1993–1994, apenas se recibió del SNS una tercera parte del monto autorizado de US\$ 1,1 millón. Durante el año fiscal 1993–1994 el SNS pagó parte de su deuda con el Estado: esto representó 70% del presupuesto de salud para dicho período. La aportación del SNS constituyó 49% del total de las entradas destinadas a salud en el año fiscal 1994–1995.

En 1992 fueron revisados al alza los pagos directos que deben hacer los usuarios al sector público; por consiguiente, la contribución de estos pagos a los ingresos totales para el

sector salud aumentó de 29,5% en 1989–1990 a 49% en 1992–1993.

Cooperación técnica y financiera externa

El sector salud de Santa Lucía recibe asistencia técnica y financiera de diversos organismos. El sector también se beneficia indirectamente de la ayuda de otros ministerios y entidades.

La Organización Panamericana de la Salud, el Centro de Epidemiología del Caribe, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Cuerpo de Paz y el Gobierno de Francia han proporcionado asistencia técnica y financiamiento para actividades de capacitación, programas especiales —tales como inmunización, lactancia materna y control del cáncer de cuello de útero— y muebles y equipos para hospitales. El sector salud también recibe asistencia de CARICOM y de la Universidad de las Indias Occidentales. Durante el período 1993–1996 se recibió apoyo financiero para llevar a cabo proyectos de inversión de los siguientes donantes: US\$ 140.000 del Fondo Fiduciario para Necesidades Básicas para el Policlínico Gros Islet; US\$ 11,3 millones de la Unión Europea para el proyecto de la fase II del Hospital Victoria; US\$ 1,06 millones del Gobierno de Francia para el proyecto de la fase I del Hospital Victoria, y el total de US\$ 1,96 millones del Banco de Desarrollo del Caribe, US\$ 2,45 millones del Fondo Fiduciario para el Medio Ambiente Mundial y US\$ 4,56 millones del Banco Mundial para el proyecto de gestión de los desechos sólidos.

SURINAME

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Suriname está ubicado en la costa nordeste de América del Sur, y tiene una extensión de 163.820 km². Limita al norte con el océano Atlántico, y al este, el sur y el oeste con la Guayana Francesa, Brasil y Guyana. La topografía del país incluye una estrecha planicie costera que va de este a oeste, una franja de sabana y una selva tropical elevada en la frontera con el Brasil.

Suriname también está dividido, atendiendo a la población y la actividad económica, en zonas urbanas, rurales y del interior. La zona urbana, que comprende Paramaribo, la capital, y partes del distrito de Wanica, es relativamente densa en población, y su economía se basa en el comercio, los servicios y la industria. Las principales actividades económicas de la zona rural, que abarca parte de la costa y la franja de sabana, son la agricultura y ganadería, la pesca y la extracción de bauxita. El interior, casi 80% del país, está escasamente poblado por comunidades tribales que dependen de la caza, la pesca, y la agricultura de roza y quema para su sustento, aunque también existe silvicultura, minería de oro y turismo.

El país está dividido en 10 distritos administrativos, regidos por el Ministerio de Desarrollo Regional, y cada distrito se divide en 62 partes menores (*ressorts*), cada una con sus propias autoridades. El Poder Legislativo de Suriname está constituido por la Asamblea Nacional, un cuerpo de 51 miembros elegidos por cinco años. El Poder Ejecutivo recae en el Presidente, quien es nombrado por la Asamblea.

La composición étnica de la población es la siguiente: 35%, criollos; 35%, personas con ascendencia de las Indias Orientales; 16%, indonesios; 8%, cimarrones africanos (*Bush-negroes*); 3%, amerindios; 2%, chinos, y 1% entre europeos, libaneses y otros. Las principales religiones son el cristianismo (42%), el hinduismo (27%) y el islamismo (20%).

En los años ochenta el país experimentó problemas políticos y económicos, debido a la baja en el precio del aluminio y la bauxita, y una interrupción en la ayuda al desarrollo procedente del Reino de los Países Bajos. El período 1986–1992 se caracterizó por la guerra en el interior, la cual concluyó con el restablecimiento del gobierno civil en 1992, no sin antes causar el deterioro y destrucción de la infraestructura. El sector salud fue afectado al menguar su base financiera, carecer de inversiones para la adquisición y mantenimiento de instalaciones y equipo, sufrir escasez de medicamentos y reactivos, y también debido a la salida del país de profesionales de salud pública capacitados, así como médicos especialistas y enfermeras diplomadas.

La inflación fue de 44% en 1992, 143% en 1993, 368% en 1994 y 236% en 1995. La situación mejoró una vez que el Gobierno impuso programas de ajuste económico estructural, que redundaron en estabilidad monetaria y económica, y un crecimiento real de 4% en 1996. El Gobierno obtuvo un excedente de fondos, como resultado del aumento del precio del aluminio y el éxito de un sistema de recaudación tributaria directa, pero el banco central intervino y lo utilizó en la creación de reservas monetarias y de oro, así como para controlar la tasa de cambio (la cual pasó de Sf 600, a cerca de Sf 400 por dólar estadounidense en 1996). Las perspectivas para la obtención de mayor ingreso son limitadas, aunque en 1997 se planeaba establecer un impuesto al valor agregado de 15%.

La economía de Suriname sigue dependiendo de la bauxita. La extracción de oro va en aumento, pero dichas actividades también causan problemas sociales y de salud pública, como mayor delincuencia y violencia, prostitución, consumo de drogas y enfermedades de transmisión sexual (ETS). Se crean tensiones entre los buscadores de oro y la gente de las aldeas, que ven cómo los arroyos se convierten en corrientes de lodo y se restringe su acceso a las tierras de sus antepasados. El desarrollo del sector maderero es un tema debatido en el parlamento y los medios de comunicación. Los inversionistas han solicitado concesiones para la explotación maderera

de 2 millones de hectáreas, pero la decisión ha quedado aplazada debido a inquietudes ambientales.

Suriname fue admitido a la CARICOM en julio de 1995, y tiene que generar productos competitivos para poder participar en dicho mercado. El deterioro de la infraestructura del país durante los 15 años de crisis ha dificultado sus esfuerzos por aumentar la producción y las exportaciones. El cultivo de arroz, una de sus principales fuentes de ingreso, no cuenta con la adecuada infraestructura para amortiguar el efecto climático resultante de altos niveles de precipitación y sequías. Un gran porcentaje de los artículos de consumo doméstico son importados, y se dedica menos de 1% del territorio a la producción de alimentos.

Aunque ha habido avances en la situación macroeconómica, no se puede decir lo mismo de las condiciones de vida y sanidad. La inflación se ha visto acompañada de desigualdades en la distribución del ingreso: en 1993, 70% de la población vivía bajo el umbral de pobreza. El ajuste estructural del Gobierno ocasionó desempleo. Los trabajadores asalariados, las personas que recibían ayuda gubernamental y la población jubilada fueron los más afectados. El salario real promedio disminuyó 65% entre 1990 y 1993, y en 1994, el jornal pagado por empleos que no requieren destreza alguna se redujo a menos de US\$ 10 al mes.

El programa de ajuste estructural fue abandonado en 1996, y se hizo hincapié en “responsabilizar a las personas”; pero otros de los ajustes planeados, como el impuesto al valor agregado y el cobro de tarifas en los hospitales y por los servicios públicos que reflejen el costo real, podrían afectar a la mayoría de la población.

No ha habido datos sobre la pobreza desde 1993, y se conoce poco del sector no estructurado de la economía. En 1992 el Instituto Warwick concluyó que el nivel de vida seguía siendo razonable, debido al acceso general de la población a servicios básicos y las fuentes de ingreso en dicho sector. Las cifras mostraban una disminución del empleo en el sector estructurado en los años ochenta, y también entre 1992 y 1995, habiéndose registrado en este último período un recorte de 4% en la bolsa de trabajo, lo que redujo el número de empleos a 87.282. En 1994, el sector público representaba 40% del empleo en el sector estructurado. El desempleo entre la población activa se calculaba en 33%. En el período 1990–1994, encuestas domiciliarias sobre el sector no estructurado en Paramaribo y Wanica indicaron que el desempleo había bajado de 16% en 1990 a 11% en 1994. Dependiendo de la estación, entre 32% y 35% de la población activa estaba constituida por mujeres, las cuales representaban entre 67% y 81% de las personas que trabajaban menos de 15 horas semanales.

En los últimos años muchas mujeres han puesto su negocio propio, y el Ministerio de Trabajo ha apoyado esta iniciativa al proporcionar 22 guarderías infantiles por conducto de

la Fundación para la Gestión de Guarderías Infantiles. Asimismo, el Gobierno está fortaleciendo las organizaciones femeninas y creando oportunidades para la participación de la mujer en el proceso político.

Se reconoce que los hogares donde no están presentes los dos padres (generalmente encabezados por mujeres) existe un mayor grado de pobreza. Las mujeres constituyen entre 60% y 65% de las 80.000 personas que reciben ayuda económica del Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda. También se encuentran en situaciones de pobreza extrema los refugiados, los ancianos y los discapacitados, así como los habitantes de ciertas zonas urbanas y del interior.

Cerca de 7.000 refugiados regresaron al interior en 1992, pero siguen careciendo de viviendas y servicios públicos adecuados en sus tierras tribales. En 1995 y 1996 se reconstruyeron muchas escuelas y centros de salud; sin embargo, el restablecimiento de otro tipo de infraestructura en el interior se ve obstaculizado por problemas logísticos y financieros. No se han restablecido los servicios de policía y estadísticas vitales; la seguridad pública se ve amenazada por la presencia de traficantes de drogas y mineros armados, y la malaria y otras enfermedades ponen en peligro a la población. Es por ello por lo que muchos se han refugiado en Paramaribo, donde ya de por sí existen 13.000 personas desplazadas, y esto ha dado lugar a una situación más precaria en cuanto a vivienda e infraestructura.

La hiperinflación y los ajustes estructurales recortaron el gasto gubernamental en las áreas de asistencia sanitaria y protección social. Aunque dicho gasto aumentó de Sf 2,7 millones en 1980 a Sf 175 millones en 1995, en términos reales esto representa una disminución de US\$ 93 millones a US\$ 2,2 millones.

Existen programas gubernamentales y no gubernamentales para reforzar la protección social mediante mejoras en materia de asistencia sanitaria, bienestar social, educación y vivienda, así como subsidios especiales para las personas que se encuentran por debajo del “umbral de pobreza”, pero se carece de personal calificado para administrar estos programas. De los 39.000 funcionarios públicos que había en 1994, solo 67% habían completado la escuela primaria, 33% la secundaria y 4% habían recibido educación superior.

Para proteger la salud pública, en 1996 el Gobierno expidió un documento de política que tiene por objeto proporcionar apoyo social y material, según las necesidades, a individuos y grupos en situación socioeconómica vulnerable, y ayudarles a alcanzar niveles de autosuficiencia. El Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda está a cargo del sistema actual de subsidios, el cual incluye pagos en efectivo a ancianos y familias necesitadas, proporciona asignaciones por cada niño (las cuales redundaron en beneficio de 27.659 madres y 64.000 niños en 1994) y ofrece atención médica gratuita para los pobres

(cerca de 25% de la población). Se ha establecido un sistema de subsidios bajo la forma de una canasta de productos de primera necesidad, para que las familias tengan acceso a alimentos y satisfagan sus necesidades básicas de nutrición, y también para estabilizar los precios y garantizar la distribución equitativa de los escasos bienes disponibles. En la actualidad existen 130.000 beneficiarios, entre hogares e instituciones. El sistema se eliminará gradualmente, hasta llegar a proporcionar pagos en efectivo de aproximadamente US\$ 37, cantidad insuficiente para hacer frente al costo de vida de los ancianos y los pobres.

El costo operativo del Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda fue de US\$ 17 millones y US\$ 51 millones en 1996 y 1997, respectivamente. Es preciso un mayor número de programas para proteger a los grupos vulnerables, pero se desconoce el tamaño y la composición de los mismos, por lo que los centros de investigación deben ocuparse de mejorar la disponibilidad de datos estadísticos sobre dichos sectores de población.

Según cálculos de la Oficina de Estadísticas Vitales, en 1996 Suriname tenía una población de 423.400 personas, 70% de las cuales vivían en los distritos de Paramaribo (222.800) y Wanica (72.400), es decir, en 0,4% del territorio nacional. La población aumentó hasta 1971 y luego experimentó una desaceleración, que en algunos años representó incluso una disminución del crecimiento. La tasa de natalidad alcanzó su nivel más bajo en 1994 y 1995 (20,2 y 20,7 por 1.000 respectivamente). Entre 1972 y 1996 la dinámica de población se vio afectada por la emigración a los Países Bajos, pero a partir de 1994 la emigración dejó de ser un factor de relieve, por lo que el crecimiento demográfico en la actualidad depende principalmente del equilibrio entre los nacimientos y las defunciones. En 1994 salieron del país 2.836 personas, y 1.716 lo hicieron en 1995, al imponerse restricciones en la emigración a los Países Bajos. La inmigración legal, principalmente procedente de los Países Bajos, Guyana y el Lejano Oriente, alcanzó una cifra anual de casi 2.300 personas entre 1989 y 1991, y luego disminuyó a 1.350 en 1994 y 1995.

La tasa de fecundidad se redujo de 134,8 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad en 1982 a 90,9 en 1991, gracias a factores como el uso difundido de métodos anticonceptivos, el aborto y la emigración. No se dispone de datos fidedignos sobre el interior del país, donde las tasas de fecundidad son mayores.

Mortalidad y morbilidad

La tasa bruta de mortalidad fluctuó entre 7,3 y 6,2 por 1.000 en el período 1986–1996. La esperanza de vida al nacer siguió siendo relativamente baja, pues el último cálculo indicó 68,8 años para hombres y mujeres en conjunto. No se

dispone de cifras sobre las tasas de mortalidad desglosadas por sexo.

En los 15 últimos años, aproximadamente 85% de las defunciones fueron certificadas por un médico. Dicha cifra bajó a 70% en 1992, 66% en 1993 y 59% en 1994, debido a que los médicos no presentaron sus informes a tiempo. El servicio de epidemiología del Ministerio de Salud inspeccionó los registros de los principales hospitales de Paramaribo en busca de los certificados faltantes, con lo que el número de defunciones certificadas ascendió a 85% en 1992, 84% en 1993 y 77% en 1994. Otra razón por la que las estadísticas de mortalidad están incompletas es que algunos certificados describen la causa de muerte como “desconocida” o dan síntomas vagos. Por término medio, 15% de los certificados médicos de defunción se enmarcan en la categoría de enfermedades no especificadas, y en casi todos se describe la causa de muerte como “desconocida” o debida a “edad avanzada”.

La mortalidad infantil en el período 1990–1994 fluctuó entre 19,5 por 1.000 nacidos vivos en 1993 y 25,1 en 1994. Asimismo, la mortalidad perinatal osciló entre 18,6 en 1990 y 32,9 en 1992, manteniéndose cerca de este último nivel en 1993 y 1994. El aumento se atribuyó a la subnotificación de la mortalidad antes de 1992. La tasa de mortalidad materna era baja en 1990 (1,1 por 100.000 nacidos vivos) y en el período 1991–1994 osciló entre 6,4 y 12,2. Se considera que dichas variaciones de un año a otro también se deben principalmente a la subnotificación.

En el período 1992–1994, las causas principales de muerte fueron la hipertensión y las cardiopatías, que representaron 17% del total de defunciones (1.167); accidentes cerebrovasculares, 11% (758 defunciones); tumores malignos, 9% (601); accidentes y traumatismos, 8% (520); gastroenteritis, 5% (377); ciertas afecciones originadas en el período perinatal, 4% (294); diabetes mellitus, 4% (279); neumonía e influenza, 3% (177); suicidio, 2% (130), y cirrosis hepática, 2% (123). Las tendencias más significativas fueron una disminución en el número de suicidios, de 274 en 1983–1985 a 130 en 1992–1994 (el método más común fue la ingestión de plaguicidas, y en segundo lugar el ahorcamiento); un descenso de las muertes por accidentes y traumatismos, de 733 en 1989–1991 a 520 en 1992–1994, y un aumento de las debidas a gastroenteritis, de 280 en 1989–1991 a 377 en 1992–1994.

Entre 1994 y 1996 la Oficina de Salud Pública, el Servicio Regional de Salud, la Misión Médica y varios hospitales se comprometieron a mejorar sus sistemas de información sanitaria. Se cuenta con lo básico para establecer un sistema nacional. Todas las instituciones de atención sanitaria están recopilando datos sobre morbilidad, aunque no se analizan, y se necesita unificar las definiciones y los procedimientos para efectos comparativos.

Una fuente importante de información sobre morbilidad es el sistema de registro de visitas de pacientes a las policlínicas

regionales del Servicio de Salud. No existe una clasificación uniforme de las razones por las que se llevan a cabo dichas visitas, por lo que no se pueden hacer comparaciones fiables, pero los datos proporcionan información étnica, ambiental, y sobre el uso de servicios. El sistema muestra los porcentajes de visitas a dichas policlínicas en 1993 en zonas urbanas y rurales, distribuidas por grupos de causas. En los lugares donde predominaba la población criolla, 9% de las visitas se debían a infecciones de las vías respiratorias superiores, 12% a hipertensión y 8% a diabetes mellitus; mientras que en las zonas habitadas principalmente por indios orientales e indonesios, de 14% a 17% de las visitas estaban relacionadas con infecciones de las vías respiratorias superiores, de 7% a 9% con hipertensión y de 4% a 6% con diabetes mellitus. Se observaron diferencias en las visitas por asma y enfisema entre las zonas de captación de las policlínicas. Las policlínicas situadas en zonas urbanas pobres indicaron que entre 0,1% y 0,6% de las visitas se debieron a esas causas, mientras que la proporción notificada al respecto por las policlínicas rurales fue de 5%. En las policlínicas de la Misión Médica en el interior, 8% de las visitas se debieron a infecciones de las vías respiratorias superiores, 5% a malaria, 3% a diarrea, 1% a accidentes y 0,2% a flujo uretral en los hombres. En el Hospital Académico, el único establecimiento con un departamento de medicina de urgencias abierto las 24 horas del día, cerca de 8% de los casos se debían a accidentes de tráfico, entre 39% y 44% a accidentes de otro tipo, y 40% fueron clasificados bajo la categoría de "sin cita previa" o sin afección de urgencia. El alto porcentaje en esta última categoría se debe a la falta de acceso a médicos generales fuera de las horas de trabajo normales.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

El número de nacidos vivos por año disminuyó de 9.835 en 1992 a 8.717 en 1995. La Misión Médica, que se encarga del servicio de salud en el interior, registró 1.179 nacidos vivos en esa región en 1996. Aproximadamente 80% de los partos se atienden en hospitales, y el resto son asistidos por parteras diplomadas y tradicionales en el interior del país.

El número de defunciones en el grupo de lactantes aumentó de 192 en 1992 a 211 en 1994 (tasas de 19,5 y 25,1 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente). No se computaron los datos del interior, pero antes de la guerra 20% de las defunciones y 10% de los nacimientos anuales tenían lugar en dicha región. La mortalidad perinatal permaneció estable en el período 1992–1994, con 32,9 defunciones por 1.000 nacimientos en 1992, 31,0 en 1993 y 29,8 en 1994. Un cálculo

aproximado del Hospital Diakonessenhuis, que coopera con la Misión Médica en el interior, indicó que en 1994 la mortalidad perinatal en el interior fue de 47,5 por 1.000 nacimientos, en comparación con la tasa nacional de 29,8. Esto indica ya sea un mayor riesgo de mortalidad perinatal en el interior o una gran cantidad de embarazos de alto riesgo.

En el grupo de menores de 1 año, las principales causas de muerte fueron las afecciones originadas en el período perinatal (284 defunciones), gastroenteritis (70 defunciones), anomalías congénitas (43 defunciones), malnutrición (34 defunciones) y neumonía (22 defunciones), que combinadas representan 75% de las 604 defunciones. En el período 1988–1990, la media de la tasa anual de mortalidad debida a diarrea fue de 5,7 por 1.000 nacimientos, en comparación con 2,6 en 1992–1994.

En 1996, el Hospital Diakonessenhuis notificó la existencia de bajo peso al nacer en 12% de 1.710 nacidos vivos.

En 1993, la Oficina General de Estadística calculó (basándose en el censo de 1980 y datos sobre nacimientos y defunciones, inmigración y emigración) que el grupo de 1 a 4 años de edad ascendía a 37.400 niños (9% del total).

En el período 1992–1994 se registraron 149 defunciones entre los niños de 1 a 4 años de edad, distribuidas de la forma siguiente: 44 en 1992, 58 en 1993 y 47 en 1994, lo que equivale a tasas de mortalidad específicas de 1,1 por 1.000 en 1992 y 1,3 en 1993. Las principales causas de muerte en ese período fueron la gastroenteritis (40 casos), accidentes y traumatismos (16), malnutrición (10) y neumonía (10), las cuales representaron 50% del total de defunciones. La media de la tasa de mortalidad anual debida a gastroenteritis fue de 23,3 por 100.000 en 1988–1990, y se calculó en 35,6 para 1992–1994. En este último período, los accidentes y traumatismos representaron una tasa de mortalidad anual promedio de 14,3 por 100.000. La media de la tasa de mortalidad anual por neumonía fue de 20,9 en 1988–1990 y de 8,9 en 1992–1994.

Según cálculos de la Oficina General de Estadística, en 1993 el grupo de 5 a 14 años de edad ascendía a 89.200 niños, es decir, 22,1% del total. Entre 1992 y 1994 se registraron 127 defunciones en este grupo de edad; las causas principales fueron accidentes y traumatismos (54 casos), gastroenteritis (8) y meningitis (5), las cuales constituyeron más de 50% de las defunciones en dicho grupo. Se suicidaron cuatro niñas en ese grupo de edad. Entre 1988 y 1990 la media de la tasa de mortalidad anual por traumatismos accidentales ascendió a 14,1 por 100.000, con una proporción de 1,5 niños por cada niña. En 1992–1994, la tasa fue de 20,2 por 100.000, con una proporción de 1,4 a 1.

La hospitalización de niños malnutridos pasó de 307 en 1992–1993 a 355 en 1994–1995, lo que representa un aumento de 3,5 veces respecto al período 1988–1989. En 1993, la mayor parte de los internamientos en el Hospital 's Lands debidos a malnutrición correspondieron a lactantes de 6 a 9

meses de edad. En 1994 hubo un aumento de las hospitalizaciones, principalmente entre los niños de 1 a 2 años, quienes parecían ser más vulnerables que los lactantes por no estar siendo amamantados. En esa época se racionó la leche, y solo se permitía comprar 5 litros a la semana en un establecimiento único a las mujeres embarazadas, los padres con niños menores de 5 años y los ancianos.

Un estudio de 1994 sobre el estado de salud de ex refugiados en el distrito de Marowijne, reveló que 17% de 278 niños de 0 a 6 años estaban malnutridos (97% de ellos de forma crónica), pero no lo estaba ninguno de los lactantes de 0 a 6 meses de edad. En 1995, un estudio inédito realizado en un consultorio para niños menores de 5 años situado en una aldea rural al sur de Paramaribo (poblada principalmente por indios orientales e indonesios), descubrió que más de 25% de los niños tenían un peso para la edad por debajo del tercer percentil, según la norma del Centro Nacional sobre Estadísticas de Salud (NCHS) de los Estados Unidos. En otro estudio realizado en 1989, la proporción resultó ser de 8%.

La malnutrición aguda aumentó en los años ochenta entre los niños de escuelas primarias en Paramaribo. En un estudio realizado en 1994, entre 1.871 escolares de 4 a 11 años en ese distrito, se encontró que el peso para la edad en 13% de los varones estaba por debajo del tercer percentil, lo que resultó ser el doble que entre las niñas (7%). La emaciación (peso para la talla por debajo del tercer percentil en la escala) resultó ser la misma para los niños que para las niñas, con una prevalencia general de 16%. En el estudio realizado en 1989 la proporción fue similar (18%).

La salud del adolescente y del adulto

La Oficina General de Estadística calculó que en 1993 el grupo de 15 a 44 años de edad era de 199.400 personas (49% del total), con 101.200 hombres y 98.200 mujeres. En dicho grupo se produjo un total de 1.192 muertes entre 1992 y 1994, y las causas principales fueron los accidentes y traumatismos (233 defunciones, 20%), hipertensión y cardiopatía (106 defunciones, 9%) y tumores malignos (70 defunciones, 6%). Se registraron más muertes de varones (64%) que de mujeres. Las características de las defunciones por accidentes y traumatismos, así como por tumores malignos, variaron según el sexo (24% y 4% en los varones y 12% y 10% en las mujeres, respectivamente). Una tendencia importante observada fue la disminución de las defunciones por accidentes, traumatismos y suicidios entre las mujeres (de 88 en 1989-1991 a 51 en 1992-1994). En 1986-1988 se registraron 21 defunciones en esa categoría, y 34 en 1983-1985; no se encontró ninguna razón que explicara el gran aumento en 1989-1991.

Entre 1981 y 1990, la tasa de mortalidad materna osciló entre 7 y 9 por 10.000 nacidos vivos, y siguió fluctuando en

los años subsiguientes: 8,8 en 1991, 12,2 en 1992, 6,4 en 1993 y 8,7 en 1994, en gran parte debido a la subnotificación. Según un estudio, en 1991 y 1992 hubo 42 defunciones maternas, lo que corresponde a una tasa de mortalidad materna de 22,4, o sea, 3,5 veces superior a la cifra oficial. Las causas de muerte más frecuentes fueron la hemorragia posparto y la hipertensión debida al embarazo, que representaron 29 de los casos. La falta de transporte y de medios para llevar a cabo transfusiones de sangre fueron factores determinantes de estas muertes evitables. Un estudio realizado en 1992 entre mujeres embarazadas descubrió que la mitad estaban anémicas (concentraciones de hemoglobina <7 mmol/l).

La tasa general de fecundidad se redujo de 7,3 por mujer en los años cincuenta a 2,9 en 1990. La reducción de la tasa global de fecundidad fue de 129,4 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad en 1985 a 90,9 en 1991. Un estudio nacional indicó las siguientes diferencias en las tasas globales de fecundidad por grupo étnico: 240 entre cimarrones africanos, 140 entre indonesios, 100 entre indios orientales y 90 entre criollos.

En 1988, 1.500 de un total de 9.094 nacimientos (17%) correspondieron a madres menores de 20 años de edad. El Hospital Diakonessenhuis notificó en 1994 que 10% de los nacimientos ocurrían en mujeres menores de 20 años. Entre enero y agosto de 1994 visitaron la Fundación de Planificación Familiar (Stichting Lobi) para hacerse la prueba del embarazo un total de 622 adolescentes, de las que 15% estaban embarazadas. Las cifras proporcionadas por el Hospital 's Lands, indicaron que de los 262 abortos realizados en esa institución, 40 (15%) correspondieron a mujeres menores de 20 años. Se calculó que 80% de los nacimientos que tuvieron lugar en 1994 fueron asistidos por personal capacitado, y que el promedio de las visitas prenatales por embarazo fue de seis.

En una encuesta sobre la prevalencia del uso de anticonceptivos realizada en 1992 entre mujeres de 15 a 44 años de edad, se encontró que 8% no sabían nada de anticonceptivos, 58% conocían cuatro o más métodos y 38% usaban alguno de ellos. De las mujeres entrevistadas, 27% estaban casadas, 20% vivían en unión consensual, 25% eran visitadas por su pareja sexual y 28% estaban solteras. Fue mayor la proporción de mujeres que estaban casadas entre los grupos de indios orientales (74%) e indonesios (58%); mientras que la proporción de las que recibían visitas de su pareja sexual fue más elevada en el grupo de criollos (58%) y de africanos cimarrones (47%). El orden de preferencia por los diferentes métodos anticonceptivos fue el siguiente: anticonceptivos orales (54%), condón (23%), ligadura de trompas (9%, principalmente entre mujeres de más de 34 años), anticonceptivos inyectables (8%) y DIU (5%, principalmente entre mujeres de más de 25 años de edad). Los anticonceptivos orales resultaron ser el método más frecuentemente utilizado, con 68% de usuarias, seguido de la ligadura de trompas (12%), el condón

(10%), los inyectables (4%) y el DIU (3%). No hubo homogeneidad en el uso de métodos anticonceptivos entre los distintos grupos sociales, pero se observó un mayor número de usuarias entre las mujeres mayores y las indonesias, y menor uso entre las adolescentes, las cimarronas africanas y las amerindias. Estos dos últimos grupos presentaban mayor riesgo, por comparación con los otros grupos étnicos, respecto a la edad en que tuvieron la primera relación sexual, la edad en el momento del primer embarazo, el número de nacidos vivos y el nivel de uso de métodos anticonceptivos. El 70% de las mujeres de 15 a 19 años de edad que tenían pareja sexual no estaban usando un método anticonceptivo en el momento de la encuesta, y 59% de las adolescentes que habían estado embarazadas dijeron que sus embarazos no habían sido planeados.

Una encuesta entre las estudiantes que asistían a una escuela de formación profesional mostró que 62% de las que tenían relaciones sexuales no usaban anticonceptivos, aunque decían que no querían quedar embarazadas. En 1992, una encuesta llevada a cabo por Stichting Lobi entre mujeres en edad de procrear reveló que 48% usaban anticonceptivos. De estas, 36% habían tomado la decisión por su cuenta, 52% junto con su pareja y en 8% de los casos la decisión había sido del hombre. En otra encuesta llevada a cabo por la misma entidad, entre 900 mujeres que asistieron a uno de sus consultorios en 1988–1989, se descubrió que 34% habían tenido por lo menos un aborto antes de solicitar métodos de planificación familiar; la proporción en el grupo de menores de 20 años fue de 35%. Las razones aducidas para poner fin al embarazo fueron “corta edad” (27%), “deseo de finalizar la escuela” (15%), “espaciar los hijos” (19%), “acababan de tener un hijo” (14%), “carecían de empleo” (10%), “habían alcanzado el número total de hijos deseado” (9%) y “otras razones” (6%).

En 1993, el grupo de 45 a 64 años de edad estaba dividido en 24.200 hombres y 26.300 mujeres. Se registró un total de 1.661 defunciones en este grupo de edad durante el período 1992–1994. Al igual que en períodos anteriores, la hipertensión y las cardiopatías siguieron siendo las principales causas de muerte (382 defunciones, 23%), seguidas de los tumores malignos (231 defunciones, 14%), los accidentes cerebrovasculares (226 defunciones, 14%) y la diabetes mellitus (114 defunciones, 7%). Los accidentes y traumatismos ocuparon el quinto lugar (97 defunciones, 6%).

En el período 1988–1990, las tasas específicas de mortalidad (corregidas para tener en cuenta las defunciones sin certificación) en este grupo de población fueron las siguientes: 246,5 por 100.000 habitantes para hipertensión y cardiopatías, 113,6 para cáncer, 87,9 para accidentes y traumatismos, 81,6 para accidentes cerebrovasculares y 55,9 para diabetes mellitus. Entre 1992 y 1994, las tasas promedio anuales sin corregir ascendieron a 251,9 para hipertensión y cardiopatías, 152,3

para cáncer, 64,0 para accidentes y traumatismos, 149,0 para accidentes cerebrovasculares y 75,2 para diabetes mellitus. El factor de corrección para tener en cuenta la falta de certificación elevaría estas cifras en un 20%. El aumento en el número de muertes debidas a tumores malignos, accidentes cerebrovasculares y diabetes puede deberse en parte a una mejor capacidad de búsqueda activa de casos y de diagnóstico (prueba de Papanicolaou y tomografía computarizada).

La salud del adulto mayor

Se calculó que, en 1993, 5% de la población total del país tenía 65 o más años de edad. En el período 1992–1994, se registraron 3.188 defunciones, 51% (1.635) entre varones. Las causas de defunción más frecuentes fueron: hipertensión y cardiopatías (606 defunciones, 19%), accidentes cerebrovasculares (448 defunciones, 14%), tumores malignos (269 defunciones, 8%), gastroenteritis (167 defunciones, 5%) y diabetes mellitus (137 defunciones, 4%). La proporción de defunciones por grupos de causas fue similar entre hombres y mujeres, salvo en lo que se refiere a accidentes cerebrovasculares, que fueron más frecuentes entre las mujeres (17% de las defunciones) que en los hombres (12%). En contraste con las causas de defunción observadas en el período 1989–1991, en 1992–1994 la gastroenteritis apareció entre las cinco primeras, mientras que accidentes y traumatismos desapareció de dicho grupo.

La salud de los refugiados y de la población urbana pobre

Existen dos grupos de alto riesgo: la población del interior (especialmente los refugiados que vuelven a dicha zona) y la que reside en comunidades pobres en su paso del interior a la ciudad. En 1994, en un estudio de refugiados que habían regresado a Marowijne, se encontró que las condiciones de saneamiento y vivienda eran deficientes, y el costo de vida alto. Aunque se disponía de tres policlínicas en el área (incluido el hospital de Albina, que es parte del Servicio Regional de Salud), dos puestos médicos auxiliares y un consultorio dental privado, la población dependía en gran parte de Paramaribo para su atención sanitaria. El estudio calculó que la cobertura de vacunación entre los 205 niños incluidos en la muestra era de 42%, es decir inferior a la cobertura nacional de 71% en ese año.

Albina, el centro administrativo del distrito, tenía problemas de infraestructura, especialmente en el servicio de electricidad y de agua corriente; solo Moengo y Albina tenían agua corriente. En los pueblos circundantes, las letrinas de pozo carecían de tapas o estaban demasiado llenas; se utilizaba el agua del río para beber, bañarse y otros fines domésticos; tam-

bién se bebía el agua de lluvia y de pozo. Se defecaba en los bosques, ríos y arroyos, y cerca de las viviendas, con lo que se aumentaba la contaminación de las fuentes de agua, y se dejó de proporcionar servicios sanitarios de extensión en las aldeas circundantes, debido al elevado costo del transporte.

La población de refugiados se diferenció entre los que habían vuelto a sus aldeas de origen y los que se instalaron en las zonas de Moengo y Albina. Las condiciones de vida en las primeras eran relativamente mejores para los niños, ya que tenían garantizada la comida y los pequeños estaban siempre en compañía de sus madres. En las zonas semiurbanas de Moengo y Albina, a menudo las madres trabajaban fuera del hogar, no existían servicios de recolección de basura y no funcionaban los sistemas cloacales; asimismo, cundían los robos, los actos de agresión, la prostitución y el abuso de drogas; la mayoría de los alimentos llegaban de Paramaribo.

En 1996, el Ejército de Salvación llevó a cabo una encuesta de hogares en Pontbuiten-East, un vecindario pobre de Paramaribo con 824 familias y una población de cerca de 6.000 habitantes, 60% de los cuales eran menores de 18 años. De los hogares participantes (73% del total), 82% indicaron que su ingreso mensual estaba por debajo del nivel de pobreza (US\$ 100 por mes). Se contaba con agua corriente en 75% de los hogares; en 17% este servicio era constante. El 44% de las familias no consumían por lo menos una comida diaria con vegetales y carne o pescado, y solamente 57% contaban con una cama.

De los hogares encuestados, 83% se mostraron insatisfechos con la situación sanitaria, y 86% dijeron que los servicios médicos eran inadecuados. El 35% se acogían al seguro de salud estatal, 30% estaban cubiertos por el Ministerio de Asuntos Sociales, 20% utilizaban servicios privados y 8% tenían algún tipo de seguro médico a través de la empresa para la que trabajaban. Se recurría a medicinas herbarias tradicionales en 60% de los hogares. En la opinión de la gente, los cinco principales problemas en la calidad de vida en orden descendente eran los siguientes: malos caminos, malos sistemas cloacales y de desagüe del agua de lluvia, el nivel de delincuencia, la falta de alumbrado público y la falta de agua corriente. La falta de una policlínica y el abuso de drogas se clasificaron en octavo y undécimo lugar, respectivamente. Se señaló que el servicio social más necesario era la apertura de una guardería infantil, seguido de un mercado, una residencia de ancianos, un puesto de policía y un centro para mujeres golpeadas.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. En 1993–1994, Suriname sufrió una epidemia de dengue, que resultó

en 201 casos confirmados, 109 hospitalizaciones y 10 defunciones. En ese entonces se aisló el serotipo 4 del virus del dengue. En 1996 tuvo lugar otra epidemia, la cual dio lugar a 182 hospitalizaciones y 1 defunción, pero se confirmaron solo 2 casos, lo que refleja la existencia de una norma consistente en no confirmar el diagnóstico en cada caso sospechoso.

La malaria es un serio problema de salud pública que limita el desarrollo del interior del país. Debido a la duplicación de algunos servicios de diagnóstico de la Misión Médica y el servicio de control de la malaria de la Oficina de Salud Pública, es posible que muchos casos se cuenten más de una vez. En 1996, la malaria alcanzó un nivel sin precedente: 23% de un total de 68.674 frotis examinados al microscopio dieron resultados positivos. Se encontró *Plasmodium falciparum* en 94% de los frotis positivos, *P. vivax* en 5% y *P. malariae* en 1%; se observaron infecciones mixtas (*P. falciparum* con *P. vivax* o *P. malariae*) en 15 frotis. Casi una cuarta parte de los 11.059 casos positivos que la Misión Médica notificó haber encontrado en el interior correspondían a niños menores de 5 años. En 1996 se notificaron 14 defunciones por malaria.

Las actividades de control de la malaria se reanudaron en 1993, pero no se ha logrado volver a los niveles anteriores a la guerra. La política del Gobierno pretende integrar el control en los programas ordinarios de atención sanitaria de la Misión Médica. En el último trimestre de 1996, el Gobierno estableció un grupo de trabajo con fondos adicionales para el control de la malaria, con lo que se incrementó la actividad en esa área. El objetivo del grupo fue reducir la prevalencia de dicha enfermedad a “niveles aceptables” en el curso de tres meses.

La transmisión de la esquistosomiasis se encuentra circunscrita a determinadas regiones de la costa, principalmente en el distrito de Saramacca, situado unos 40 km al oeste de la capital. No se dispone de datos recientes sobre su prevalencia.

Los casos sospechosos de leptospirosis aumentaron alrededor de 50% por año, de 50 en 1992 a más de 200 en 1996, pero el número de casos confirmados sigue siendo de unos 50 por año desde 1991. No está claro si esta tendencia es significativa, debido a que no todos los casos son confirmados mediante pruebas de laboratorio y a que algunos de ellos resultan ser casos de hepatitis A o B.

Enfermedades inmunoprevenibles. El último caso de poliomielitis confirmado se registró en 1982 y fue relacionado con una vacuna. Se investigaron 6 casos sospechosos en 1992, 15 en 1994, 3 en 1995 y 4 en 1996, pero en todos ellos se descartó el diagnóstico de poliomielitis. Aunque no se notificó ningún caso de difteria en el período 1988–1992, hubo 33 casos sospechosos de tos ferina en 1990, lo que indica la vulnerabilidad relacionada con la baja cobertura. En el período 1993–1996 no se notificaron casos de difteria, pero en 1996 se investigaron dos casos sospechosos de tos ferina. Se observó

un caso de tétanos neonatal en 1988 y otro en 1989, aunque no los ha habido entre 1990 y 1996; y se notificó un caso de tétanos en 1994, ninguno en 1995 y dos en 1996. En 1992 surgió un brote de rubéola, con 17 casos sospechosos notificados entre julio y diciembre. En 1996 se observaron 20 casos sospechosos y 10 confirmados. En 1994 se notificaron 49 casos de parotiditis, 863 en 1995 y 124 en 1996.

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) empezó en Suriname en 1976, año en que se vacunó a los niños menores de 1 año contra difteria, tos ferina, tétanos y poliomielitis. Tras una gran epidemia de sarampión ocurrida en 1980–1981, se decidió incluir la vacuna antisarampionosa en el esquema ordinario de vacunación. Las niñas reciben la vacuna contra la rubéola en el primer año de la escuela primaria. Desde 1993 se ha venido administrando la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR) a los niños cuando cumplen 12 meses de edad. En 1992 la cobertura nacional de vacunación bajó a 74%, y en la zona costera el Servicio Regional de Salud logró solo una cobertura de 54%. Ello obedeció a la falta de vacunas DPT y antipoliomielítica en el país durante un período de 3 a 4 meses, así como al deterioro del sistema de transporte público y a que hay un mayor número de madres que trabajan. El programa de inmunización resultó afectado por la salida del personal capacitado de la Oficina de Salud Pública y el Servicio Regional de Salud, que son los organismos encargados de supervisar y ejecutar el PAI.

En 1993 y 1994, las tasas de cobertura de DPT3 y VPO3 permanecieron bajas (76% y 74%). En 1995 la cobertura fue de 85%, pero el sistema de administración de vacunas no era sólido, y en 1996 descendió nuevamente a 79%. Las tasas de vacunación antisarampionosa fueron de 62% en 1991 y 68% en 1992. Tras una campaña especial a gran escala, en la que se vacunó al 94% de una población destinataria de 46.000 niños menores de 5 años, la tasa normal de vacunación antisarampionosa volvió a registrar niveles bajos: 61% en 1993, 71% en 1994, 79% en 1995 y 71% en 1996.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. El primer caso de sida se diagnosticó en 1983, y al 31 de diciembre de 1996 se habían notificado 597 casos de infección por el VIH (incluidos los casos de sida). La razón hombre/mujer en este grupo fue de 1,7:1. Entre 1992 y 1996 la proporción de casos nuevos de infección por el VIH/sida y el número de personas que se hicieron la prueba de detección fueron los siguientes: 7% VIH-positivas de 685 personas que se hicieron la prueba en 1992; 5% de 1.406 en 1993; 5% de 1.394 en 1994; 4% de 1.958 en 1995, y 9% de 1.306 en 1996. De las 80 personas cuya prueba resultó positiva en 1995, 46 eran hombres y 34 mujeres. Cerca de 75% de los enfermos de sida mueren a los tres meses del diagnóstico. Recientemente se notificó el primer caso de sida en una aldea de amerindios cerca de la frontera con el Brasil.

Las razones mencionadas para hacer la prueba del VIH en 1995 fueron haber tenido relaciones sexuales sin protección (29%), diagnóstico clínico (24%), requisito para efectos de un seguro o una transfusión de sangre (14%), prevención antes del matrimonio o el embarazo (4%), encuestas (3%), contacto con una persona VIH-positiva (2%), contacto perinatal con el VIH (0,5%), otras razones (17%) y razón desconocida (8%). El número más alto de resultados positivos se encontró en la categoría de “contacto con una persona VIH-positiva” (8 de 36) y en la de “contacto perinatal con el VIH” (2 de 9). Entre las pruebas que se hicieron a solicitud de terceros, hubo 1 caso positivo en 274 exámenes (0,4%), y en las pruebas para fines de encuesta, 1 en 52 (2%). De las 563 personas que se hicieron pruebas “por haber tenido relaciones sexuales sin protección”, 9 obtuvieron un resultado positivo (2%).

En los últimos años ha variado la notificación de casos de sífilis al Dermatologische Dienst (centro nacional para el control de las enfermedades de transmisión sexual): 80 casos en 1988, 295 en 1992 y 225 en 1995 (lo que representa 5% de las ETS). La razón hombre/mujer fue de 0,8:1. En los puestos centinela se observó una tendencia similar: 35 casos en 1991, 226 en 1992 y 175 en 1996.

En el período 1988–1992, el promedio de casos de gonorrea ascendió a cerca de 1.600 por año. En 1995 tuvieron lugar 2.072 casos (42% de las ETS). En los puestos centinela se registraron 450 casos en 1991 y 1.840 en 1995.

Otras enfermedades transmisibles. En febrero de 1992 hubo un brote de cólera cerca de la frontera con la Guayana Francesa. Se notificaron 12 casos, de los cuales 7 fueron confirmados, incluida una niña de 11 años, que murió. No hubo mayor transmisión de la enfermedad y no se notificó ningún caso de cólera en el período 1993–1996.

La prevalencia de lepra disminuyó durante los años ochenta, de 58,6 por 100.000 habitantes en 1981, a 25,8 en 1989. Este descenso continuó lentamente en 1990, 1991 y 1992, con tasas de 15,4, 14,1 y 12,4 por 100.000, respectivamente. En 1996 la tasa fue de 11,0 por 100.000. La meta de erradicar la lepra para el año 2000 es una política oficial establecida por el Ministerio de Salud.

Desde 1990, la Oficina de Salud Pública ha notificado entre 47 y 72 casos anuales de tuberculosis, de modo que las tasas fluctuaron entre 17,9 por 100.000 en 1990 y 14,9 por 100.000 en 1996. Los expertos calcularon que la incidencia podría variar entre 25 y 40 por 100.000 (entre 100 y 150 casos por año). Se encontró una tasa de incidencia de 35 por 100.000 entre la población surinamesa en Holanda. En 1995, 6 de los 72 casos de tuberculosis notificados eran pacientes VIH-positivos, y en 1996 fueron 14 de 63.

De agosto de 1992 a febrero de 1993 tuvo lugar una epidemia de shigelosis por todo el país, causada por una cepa de *Shigella flexneri* con farmacorresistencia múltiple, que causó

un total de 107 hospitalizaciones y 26 defunciones. El deterioro de las condiciones sanitarias y el deficiente estado de nutrición crearon las condiciones para que la shigelosis se volviera endémica. En 1994 se registraron 229 casos y 17 defunciones, y en 1995 235 casos y 12 defunciones.

Después del comienzo de la guerra disminuyó el número de casos notificados de fiebre tifoidea. Las tasas de incidencia por 100.000 fueron de 5,7, 5,6 y 6,4 en 1984, 1985 y 1986, respectivamente, y en el período 1988–1996 fluctuaron entre 1,7 y 2,7 por 100.000.

La estrongiloidiasis, la ascariasis y otras helmintiasis constituyen importantes problemas de salud, especialmente entre los niños pequeños, y pueden atribuirse a malas prácticas higiénicas en la eliminación de excretas. Cerca de 60% del grupo de 0 a 14 años de edad se ve afectado por la ascariasis y otras helmintiasis. Asimismo, estudios recientes en Paramaribo han observado tasas de prevalencia de cerca de 60% en la población general. A partir de 1991, los nematodos *Strongyloides* se han convertido en los principales helmintos transmitidos por contacto con el suelo. En el programa para su control se examinaron 5.497 frotis fecales en 1995, de los que 35% resultaron positivos para *Strongyloides stercoralis*, 27% para *Ascaris lumbricoides*, 18% para *Trichuris trichiura* y 7% para *Necator americanus*, con varios casos de infestación múltiple.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Tumores malignos. En el período que se examina se iniciaron actividades de detección temprana del cáncer y recopilación de datos, incluidos el programa de tamizaje del cáncer de cuello uterino de Stichting Lobi y el proyecto de registro del cáncer del Hospital Académico.

Entre 1991 y 1993 se diagnosticó un total de 892 casos de tumores malignos, más de 80% entre las personas de 40 años y mayores, 59% de las cuales eran mujeres y 48% eran criollas. No se pudo explicar el predominio de la población criolla, por lo que se necesita estudiarlo más a fondo.

Las neoplasias malignas observadas con mayor frecuencia en las mujeres fueron el cáncer de cuello uterino (140 casos), seguido del cáncer de mama (116 casos), mientras el cáncer de próstata (66 casos) y el linfoma (35 casos) fueron las más comunes en los hombres. Desde 1990 se ha notificado un promedio anual de 45 casos de cáncer de cuello uterino, de los que 43% se diagnosticaron en el grupo de 25 a 44 años de edad. Esto refleja, hasta cierto punto, el esfuerzo de detección de casos llevado a cabo por Stichting Lobi, grupos de mujeres, médicos y anatomopatólogos, entre otros. Stichting Lobi realizó 11.532 pruebas de Papanicolaou en 1995 y 11.893 en 1996. Cada año mueren de cáncer de cuello uterino entre 10 y 25 mujeres.

Violencia y delincuencia. Según las cifras nacionales, en 1994 hubo 49 casos de homicidio y 50 en 1995. Asimismo, se registraron 568 de agresión personal en 1994 y 537 en 1995. Debido a cambios en los procedimientos del servicio de estadística del Ministerio de Justicia, no es posible analizar tendencias.

En 1993, la policía recibió 620 solicitudes de ayuda en la División de Asuntos Juveniles en Paramaribo, correspondientes principalmente a jóvenes (70% varones) entre las edades de 12 y 16 años, que fueron víctimas de violencia física o abuso sexual; entre ellos se encontraban adolescentes que habían abandonado sus hogares, habían dejado de asistir a la escuela, robaban tiendas o se dedicaban a la prostitución, o eran considerados “incontrolables” por sus padres. Dichas solicitudes ascendieron a 700 en 1994, 70% de ellas procedentes de niños de clase socioeconómica baja.

En 1993, un estudio basado en datos policiales y de hospitales reveló que 54% de los informes policiales se referían a mujeres, y 20% de estos a mujeres maltratadas por sus compañeros o ex compañeros sexuales, con una gran proporción de violencia recurrente. En 80% de los casos la violencia en contra de la mujer tenía lugar en el hogar. Los datos procedentes del servicio de urgencias del Hospital Académico indicaron que 95% de las víctimas de agresión sexual eran mujeres, y 20% niñas menores de 10 años de edad. En 1994 se registraron un total de 99 casos de violación, y 108 en 1995.

Se dispone de poca información sobre el uso de drogas, incluido el alcohol, pero según la Oficina para el Alcohol y el Ministerio Público, el abuso de sustancias ilícitas entre los jóvenes y el tráfico de drogas van en aumento. La policía informó de un aumento en el número de delitos cometidos con objeto de obtener dinero para comprar drogas. Hubo pruebas anecdóticas de un incremento de la prostitución de niños en Paramaribo y las zonas mineras del interior.

Trastornos del comportamiento. El problema de atención de la salud mental se asocia con la falta de servicios comunitarios para los enfermos mentales. Existen pocos ambulatorios periféricos y solo hay un hospital psiquiátrico. Estos servicios se ofrecen únicamente a nivel central y consisten principalmente en la administración de tranquilizantes y la reclusión de pacientes seriamente trastornados. Cerca de 60% de los enfermos internados en el hospital psiquiátrico tenían más de 65 años de edad y llevaban hospitalizados más de 30 años.

Salud oral. La Fundación del Servicio Dental para Jóvenes funciona en Suriname desde 1968 con objeto de mejorar la salud dental en el grupo de 0 a 18 años de edad. En 1995 se llevó a cabo un estudio de 202 niños de 6 años de edad y 214 escolares de 12 años de edad en Paramaribo y Wanica. Por término medio, los de 6 años tenían un índice CPO-D (dientes

cariados, perdidos y obturados) de 6,05, y 13% tenían la dentadura en estado perfecto, mientras que el índice CPO-D entre los de 12 años era de 5,6. Estos resultados eran congruentes con otro estudio realizado en 1990 con la misma muestra.

Salud ambiental. Se proporciona agua corriente a 95% de la población urbana. Aproximadamente 90% de los residentes en zonas urbanas tienen conexión domiciliaria y 5% tienen fácil acceso (mediante grifos en patios o lugares públicos). Antes de la guerra se ejecutó un programa para dotar de agua corriente a aldeas en zonas rurales, y actualmente están en funcionamiento 47 sistemas en la zona costera. Cerca de 70% de la población rural tiene agua corriente en la vivienda y 20% pueden obtenerla cerca de ella. Las personas residentes en el interior dependen del agua de los ríos y los arroyos.

El suministro público de agua se abastece de aguas subterráneas, pero en las zonas costeras la calidad se ve afectada por la infiltración de agua salina. Para mejorar la calidad en dichos lugares, el agua de pozo se mezcla con el agua corriente que se envía a Paramaribo desde Republiek, situado 40 km al sur. Aunque no se clora, la calidad del agua bombeada a las cañerías excede las normas establecidas por la OMS. Sin embargo, en muchos lugares el agua no es potable debido a que la gente rompe las cañerías para obtener agua, porque a menudo la presión no es suficiente para que esta llegue a los hogares.

Existe la obligación de instalar fosas sépticas en los edificios nuevos para la eliminación de aguas residuales. En Paramaribo hay una planta de tratamiento de aguas residuales en funcionamiento y la prisión estatal dispone de un estanque de oxidación para la eliminación de aguas residuales. Cerca de 15% de los hogares en Paramaribo usan letrinas de pozo y aproximadamente 5% no tienen ningún sistema de saneamiento. Un vecindario de Paramaribo usaba un sistema de tratamiento de aguas residuales que, por falta del debido mantenimiento, dejó de funcionar en 1986–1987. Ello ocasionó derrames de fango cloacal que invadían una tercera parte de los hogares en épocas de gran precipitación. Actualmente se están haciendo planes para proporcionar fosas sépticas a 1.200 hogares. En los distritos rurales, las letrinas de pozo son el principal medio de eliminación de excretas.

La eliminación de residuos sólidos es un problema importante, sobre todo en las zonas urbanas. La basura va a dar a un vertedero municipal a cielo abierto, situado en un lugar pantanoso al norte de Paramaribo. Debido a la grave situación económica, deficiencias en el servicio de recolección de basura y falta de conciencia pública, es común encontrar basura tirada a la orilla de los caminos y en las calles de la ciudad, así como en lotes vacíos, canales y ríos.

Preocupa el efecto sobre la salud y el medio ambiente de plaguicidas y fertilizantes agrícolas, plantas hidroeléctricas,

minas y, en el interior del país, el uso de insecticidas contra los mosquitos que transmiten la malaria, así como la agricultura de roza y quema. Muchos de estos problemas están estrechamente ligados al desarrollo económico. El problema del uso de plaguicidas empeora porque la fumigación aérea deja residuos en los tejados de las casas, de donde la gente recoge el agua de lluvia.

Otros problemas ambientales que atraen la atención de los medios de comunicación son el que los camiones de saneamiento evacuan en el río Suriname el contenido de las fosas sépticas, el hecho de que las canteras de arena para la construcción están convirtiendo en lagos grandes extensiones de terreno, y el uso de mercurio por los buscadores de oro en los ríos del interior.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Documento de la Política del Ministerio de Salud para 1997–2001 señaló la falta de financiamiento y de personal capacitado como los dos problemas centrales. Las políticas del Ministerio para el período 1997–2001 se centran en detener el deterioro del sector sanitario. Entre las medidas planeadas para reglamentar y reorganizar el sistema se encuentran institucionalizar el Consejo Nacional de Salud; fortalecer la capacidad de gestión; actualizar la legislación sanitaria, continuar la privatización de los hospitales gubernamentales, el Servicio Regional de Salud y otras instituciones, y restaurar los establecimientos de atención sanitaria en el interior.

Se llevará a cabo una reestructuración de la oficina central del Ministerio de Salud para que funcione como un centro de desarrollo, supervisión y coordinación de políticas. La prestación de servicios al público dejará de ser una función del Ministerio. Continuarán las políticas encaminadas a mejorar la cooperación entre hospitales y la división de funciones especializadas entre ellos.

El Documento de Política asigna prioridad a la “participación de las comunidades, la movilización de los recursos locales y la descentralización de la administración de los sistemas de sanidad”. Las mujeres desempeñarán una función catalizadora para alentar la participación comunitaria. Los programas dirigidos a las mujeres, los niños y la clase obrera son los de control de las enfermedades diarreicas, inmunización y tamizaje del cáncer cervicouterino (llevado a cabo por Stichting Lobi). En marzo de 1993, la Asamblea Nacional ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño, y se han redactado nuevas leyes para que la legislación actual sea congruente con el contenido de la Convención.

Para reducir los problemas de costo y acceso a los servicios de atención sanitaria, el Documento de Política declara que el Gobierno impondrá “un sistema nacional obligatorio de seguro médico para toda la población, con mecanismos para reglamentar los sueldos de los proveedores del servicio, y controlar el precio de los medicamentos y otros insumos, así como el costo de la asistencia en el seno de los establecimientos”. La política financiera se centrará en poner fin al financiamiento sin límites de los hospitales, así como en establecer programas presupuestarios y eliminar paulatinamente los subsidios.

El Documento de Política también establece objetivos presupuestarios en la prestación de servicios de salud, y un tope en el gasto gubernamental de 6% a 8% del PNB. La asistencia en los establecimientos debe absorber menos de 52% del presupuesto de salud. El establecimiento de un presupuesto pondrá freno al actual financiamiento “ilimitado” de los servicios de salud.

El desarrollo de la capacidad gestorial es una prioridad, para la que se necesita como componente esencial crear sistemas de información. El personal sanitario se verá fortalecido mediante la formación de profesionales (incluso en el nivel de posgrado) y el aumento de la remuneración de los trabajadores de salud (especialmente las enfermeras).

Los programas de control de enfermedades que tienen asignada alta prioridad son los que combaten la malaria, el dengue, la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo, así como las enfermedades de transmisión sexual (incluida la infección por el VIH), la lepra y la tuberculosis. También se asigna prioridad a la rehabilitación de los establecimientos de la Misión Médica en el interior. Se está llevando a cabo la privatización del Servicio Regional de Salud y haciendo cambios en su organización para hacer hincapié en la descentralización de la gestión, el fortalecimiento de los centros locales de salud y la participación comunitaria.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El Gobierno es responsable del acceso a un sistema integrado de asistencia sanitaria. El Ministerio de Salud supervisa a los proveedores de servicios de salud mediante normas y estándares. La oficina central del Ministerio incluye las inspectorías médica, de enfermería y farmacológica, y los departamentos jurídico, de planificación y administración general. Se establecerá un Consejo Nacional de Salud en el período 1997–2001, para apoyar el liderazgo y las funciones de promoción de la causa del Ministerio. La nueva política dará a las inspectorías mencionadas mayor autonomía para controlar la calidad de los servicios.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

La legislación sanitaria es caduca y, salvo por unos pocos cambios en las leyes que reglamentan las farmacias, solo se han hecho modificaciones menores y muy específicas. Se considera una prioridad actualizar dicha legislación, especialmente en las áreas que fortalecen la función de control del Ministerio de Salud y en lo que se refiere al establecimiento del Consejo Nacional de Salud. El Departamento Jurídico del Ministerio está encargado de coordinar esfuerzos con el Ministerio de Justicia y la Comisión Permanente de Salud en la Asamblea Nacional, para poner al día las leyes y proporcionar un marco legal integral para el desarrollo de los sistemas de salud. Ello incluirá la redacción de nuevas leyes y reglamentos sobre la expedición de licencias y el registro del personal profesional médico y paramédico; la notificación de enfermedades transmisibles (especialmente la infección por el VIH y el sida); la función de las inspectorías; la protección ambiental; el consumo, publicidad y venta de alcohol, cigarrillos y otras drogas; el ingreso en instituciones psiquiátricas por trastornos del comportamiento, y la importación de los medicamentos, reactivos y tecnologías médicas. También constituye una prioridad revisar la llamada “Ley de Moral Pública” para permitir la promoción de condones y reglamentar la prostitución. Se necesita asimismo promulgar leyes que protejan los recursos de agua potable, mediante la regulación de las actividades mineras y la eliminación de desechos, el uso de las aguas superficiales, etc.

El registro y la certificación de médicos, parteras y farmacéuticos y sus asistentes son reglamentados y supervisados por el Ministerio de Salud. Los médicos reciben su licencia profesional del Ministerio y necesitan la autorización del Director de Salud para ejercer su profesión. Las demás profesiones sanitarias no se reglamentan o no son reconocidas como tales.

El servicio de inspección farmacéutica del Ministerio hace cumplir las leyes sobre el registro y la importación de medicamentos y vacunas. No hay ningún reglamento en lo referente a tecnologías. El Laboratorio de Salud Pública de la Oficina de Salud Pública es responsable del control de calidad de los alimentos y otros productos, incluida el agua potable. La Inspectoría Ambiental de la misma Oficina se encarga de la inspección de restaurantes, las empresas y personas que manipulan y procesan alimentos, y de los sistemas de saneamiento públicos y privados, incluidos los de eliminación de residuos sólidos y aguas cloacales.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Prevención y control de enfermedades. La Oficina de Salud Pública es la principal organización para la atención de

salud e incluye departamentos de educación sanitaria, epidemiología y bioestadística, así como varios programas de salud familiar y control de enfermedades. Tiene cerca de 400 empleados, 20 de ellos con grado universitario.

La Oficina de Salud Pública proporciona información sobre la distribución de enfermedades por intermedio del servicio de epidemiología, que opera un sistema de vigilancia de las enfermedades transmisibles, en cooperación con el Servicio Regional de Salud. El sistema se basa en informes semanales de 27 puestos centinela. Otras organizaciones a cargo de actividades de control de enfermedades y promoción de la salud son el Dermatologische Dienst, que depende del Ministerio de Salud, el Servicio Veterinario del Ministerio de Agricultura, las denominadas "asociaciones mixtas" (organizaciones no gubernamentales con consultorios para el control del niño sano) y fundaciones como Stichting Lobi y la Fundación de Servicio Dental para Jóvenes.

El Dermatologische Dienst tiene los siguientes fines: el control de las ETS y la infección por el VIH/sida; la eliminación de la lepra para el año 2000 (que es parte de la política oficial establecida por el Ministerio de Salud), y el control de afecciones cutáneas como frambesia tropical, leishmaniasis y otras enfermedades transmisibles. Los servicios se ofrecen por conducto de una policlínica central ubicada en Paramaribo, el hospital de distrito de Nickerie y el centro de salud distrital de Wonorejjo.

Cada año, el Dermatologische Dienst recibe 24.000 visitas de pacientes y realiza 46.000 pruebas de laboratorio. Entre 25% y 30% de las visitas se deben a ETS, y solo 7% han estado relacionadas con la lepra. La institución ofrece pruebas serológicas de sífilis a los hospitales (excepto al Hospital Académico), al servicio de transfusiones de sangre y al Servicio Regional de Salud. Trabajan en ella 3 dermatólogos, 1 médico general, 18 enfermeras diplomadas, 2 asistentes sociales y 21 empleados entre personal administrativo, técnico y de mantenimiento.

Planificación familiar. La fundación Stichting Lobi promueve la planificación familiar y la prevención de muertes por cáncer del cuello uterino. Los grupos prioritarios son los adolescentes, los adultos jóvenes y los habitantes del interior. La institución calcula que 45% de un total de 80.000 hombres y 84.000 mujeres necesitan servicios de planificación familiar, lo que implicaría un suministro de unos 470.000 ciclos de anticonceptivos orales y 5 millones de condones por año. Actualmente, la fundación distribuye 320.000 ciclos de anticonceptivos orales y 550.000 condones, lo que equivale a 68% y 11%, respectivamente, de las necesidades calculadas. Stichting Lobi también practica el tamizaje del cáncer del cuello uterino, realizando entre 10.000 y 12.000 pruebas de Papanicolaou anualmente, y se ha propuesto organizar un programa a nivel nacional que ofrezca estas pruebas en

forma gratuita durante un período de tres años. La fundación desea ampliar sus servicios a las personas cubiertas por el Fondo del Seguro de Salud del Estado. Los gastos en 1995 ascendieron a US\$ 489.783, cantidad que fue financiada con los ingresos procedentes de subvenciones, ventas, tarifas cobradas a clientes y donaciones.

Salud oral. La Fundación del Servicio Dental para Jóvenes promueve esta área proporcionando atención dental gratuita a los niños de 0 a 17 años de edad. En 1996 se llevaron a cabo 207.516 actividades, incluidas 33.738 extracciones dentales. La Fundación opera un centro de capacitación y 30 consultorios dentales en la periferia (10 de ellos ubicados en centros de salud y 20 en escuelas). En 1996 empleó a 63 enfermeras dentales y 38 asistentes dentales y su presupuesto ascendió a US\$ 340.000, aparte de recibir US\$ 500.000 adicionales del Ministerio de Salud.

Abastecimiento de agua, sistemas de alcantarillado y eliminación de residuos sólidos. El Ministerio de Obras Públicas se encarga de la recolección y eliminación de residuos sólidos y de la construcción y aprobación de los sistemas de alcantarillado. La política es privatizar los servicios de recolección de basura y crear un organismo de aguas residuales semiprivado que se encargue de dichos sistemas.

La Empresa de Agua de Suriname y el Ministerio de Recursos Naturales tienen a su cargo el establecimiento y funcionamiento de las redes de tuberías de agua potable. El Ministerio de Recursos Naturales opera sistemas locales pequeños a nivel de distrito y en el interior. La empresa da servicio a Paramaribo y partes de Wanica, Nickerie y Albina, así como una franja de 500 metros a ambos lados de la carretera de 50 km que conecta Paramaribo con el Aeropuerto Internacional en Zandery. El suministro de agua potable por la empresa aumentó a cerca de 22.220.000 litros en 1996. El Proyecto de Suministro de Agua de Paramaribo, que comenzó en 1994, proporcionará suficiente agua potable para todos los hogares de Paramaribo. La política a largo plazo es contar con un sistema de agua potable para toda la región costera. La Empresa de Agua de Suriname se hará cargo de las zonas rurales que son actualmente atendidas por el Ministerio de Recursos Naturales, incluida la de Moengo.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Aproximadamente 89% de los hogares se encuentran dentro de un radio de 5 km de distancia de una policlínica o puesto de salud, y 60% usan dichos centros de forma habitual. Entre las instituciones y organizaciones que proporcionan atención primaria de salud se encuentran el Servicio Regional de Salud, la

Misión Médica, consultorios privados, policlínicas de empresas privadas, el departamento de urgencias del Hospital Académico, el Dermatologische Dienst, la Fundación del Servicio Dental para Jóvenes, la Oficina de Psicología Médica (que es parte de la Oficina de Salud Pública) y los consultorios de control de enfermedades de la Oficina de Salud Pública.

El Servicio Regional de Salud es una institución semiprivada subvencionada por el Gobierno que proporciona atención sanitaria a los pobres en las regiones costeras. Atiende a 120.000 personas cubiertas por el Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda, y otras 25.000 que se acogen al Fondo del Seguro de Salud del Estado. Se ofrecen servicios gratuitos de vacunación, asesoría, planificación familiar (en cooperación con Stichting Lobi) y servicios dentales en las escuelas (en cooperación con la Fundación del Servicio Dental para Jóvenes). El número de pacientes cubiertos por el Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda aumentó de 78.448 en 1991 a 93.124 en 1995. Las visitas hechas por estos pacientes se duplicaron, de aproximadamente 200.000 por año en 1991-1994 a más de 400.000 en 1995. Las visitas por los que dependen del Seguro de Salud del Estado también se duplicaron, de 50.000 por año en el período 1991-1994 a más de 100.000 en 1995. No está claro si este aumento se debe a mejoras en los procedimientos administrativos o mayor utilización de los servicios.

El Servicio Regional de Salud opera 11 centros de salud que ofrecen servicios médicos, farmacéuticos y de laboratorio, y dispensarios para menores de 5 años; 27 policlínicas, que facilitan servicios médicos y farmacéuticos y consultorios para menores de 5 años, y 19 puestos auxiliares situados en aldeas de los distritos, que son atendidos por médicos y enfermeras visitantes solamente unos pocos días al mes. El Servicio Regional de Salud emplea a 55 médicos, 20 asistentes médicos, 48 enfermeras, 59 auxiliares de enfermería, 28 asistentes de enfermería, 39 asistentes de farmacia, 10 técnicos de laboratorio, 15 parteras capacitadas y cerca de 250 personas entre personal administrativo y de apoyo. Los costos operativos fueron de US\$ 2,2 millones en 1996 y US\$ 3,2 millones en 1997. Los proyectos especiales de este Servicio reciben apoyo financiero y técnico del Gobierno de los Países Bajos y de la OPS. Uno de ellos es el Proyecto de Reestructuración Global, que incluye la reestructuración del Servicio Regional de Salud, en especial la descentralización de la autoridad administrativa a los centros de salud distritales, y la participación comunitaria por intermedio de los consejos de salud locales y regionales. El proyecto también abarca la renovación de 32 policlínicas y un número de viviendas para el personal en los distritos. La política del Servicio Regional de Salud es volver a abrir todas las policlínicas y ampliar su número en la región del río Commewijne.

La Misión Médica es una organización privada, sin fines de lucro, que recibe subsidios del Gobierno y actúa como una organización general coordinadora de las fundaciones misioneras. Tiene como objeto desarrollar un sistema asequible de

atención de salud, basado en las necesidades de la comunidad y la promoción de la conciencia pública en temas de sanidad. El Ministerio de Salud asignó a la Misión Médica la responsabilidad de toda la asistencia médica en el interior del país. La población atendida por la Misión Médica es de 48.500 personas (80% cimarrones africanos y 20% amerindios). A causa de la fiebre del oro que se ha desatado en el interior, un número elevado de pobladores de las zonas urbanas y extranjeros se han trasladado a esa parte del territorio nacional.

La Misión Médica tiene 170 empleados, entre los que se encuentran 4 médicos, 6 enfermeras diplomadas y 62 asistentes sanitarios. Después de cuatro años de capacitación, los asistentes sanitarios desempeñan un papel clave en el sistema, ya que son capaces de reconocer y tratar problemas comunes de salud, pueden atender partos complicados y ayudar en la prevención de enfermedades y la promoción de modos de vida sanos. La Misión Médica tiene una oficina coordinadora en Paramaribo y opera 45 puestos de salud, incluidos 6 dispensarios en el interior. También mantiene un sistema de apoyo logístico con canoas, vehículos de transporte terrestre, servicios de puente aéreo proporcionados por la Fundación de Aviación Misionera y comunicaciones por radio entre los dispensarios y la oficina central mediante la banda de uso civil.

Hay cuatro hospitales generales en Paramaribo y uno en Nickerie. También existe un hospital psiquiátrico. En enero de 1996 había 3,1 camas por 1.000 habitantes: 387 en el Hospital Académico, 304 en el Hospital 's Lands, 227 en el Hospital Diakonessenhuis, 287 en el Hospital St. Vincentius (un hospital católico) y 60 en el Hospital del Distrito de Nickerie. En 1989, la tasa combinada de ocupación de los cuatro hospitales principales de Paramaribo era de 62%, y aumentó ligeramente (a 67%) en 1995. La estancia hospitalaria promedio disminuyó de 11 días en 1989 a 10 en 1995.

El Hospital Académico financia un hospital más pequeño, dependiente de él, que tiene 50 camas para enfermos crónicos y atrae a pacientes de la región costera. Los pacientes son enviados por médicos generales.

El Hospital Académico es el único con un departamento de medicina de urgencias. En 1994 se admitieron 33.131 pacientes en el pabellón de urgencias, y en 1996 el ingreso fue de 33.959. El número de partos en el hospital aumentó de 746 en 1995 a 894 en 1996. Los costos operativos de este hospital alcanzaron aproximadamente US\$ 7,4 millones en 1996.

El Hospital 's Lands tiene varias funciones especiales. Casi la mitad de los niños del país nacen en este hospital (4.269 en 1995). El Departamento de Salud Maternoinfantil ofrece servicios prenatales y pruebas de Papanicolaou. El hospital también hace diálisis renal (en cooperación con la Fundación del Riñón). De los 8.705 pacientes admitidos en 1995, 60% estaban cubiertos por el Ministerio de Asuntos Sociales y 24% por el Fondo del Seguro de Salud del Estado. Los costos operativos de este hospital ascendieron a US\$ 3,2 millones en 1996.

El Hospital Diakonessenhuis tiene 100 camas reservadas para pacientes de la Misión Médica; en 1996 hubo 559 ingresos de personas procedentes del interior. En 1994 se atendieron 1.385 partos. La institución tiene por norma enlazar sus servicios hospitalarios con los de atención primaria y mantiene una policlínica general abierta al público hasta las 11 de la noche y los fines de semana. El hospital también tiene un departamento de asistencia comunitaria y en el hogar, con objeto de reducir la estancia hospitalaria. Asimismo, ha abierto una guardería infantil en su local. Los costos operativos de este hospital en 1996 se aproximaron a US\$ 2,8 millones.

En 1992 nacieron en el Hospital St. Vincentius cerca de 1.300 niños. Este hospital se caracteriza por su unidad de neonatología. En 1996, 60% de los pacientes admitidos estaban cubiertos bajo el Fondo del Seguro de Salud del Estado, y menos de 8% por el Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda. El hospital contaba con un presupuesto de US\$ 3,7 millones en 1996.

El Hospital del Distrito de Nickerie tiene una sala de operaciones, un departamento de obstetricia, servicio de radiología y un laboratorio médico. El hospital fue renovado en 1993–1996 con un préstamo de US\$ 8.000.000 del Banco Interamericano de Desarrollo. El problema principal de este hospital es la falta de médicos especialistas.

El 's Lands Psychiatrische Inrichting, un hospital psiquiátrico con 300 camas, es una dependencia del Ministerio de Salud. Su local incluye un pabellón de intervención en caso de crisis (pacientes de estancia corta), otro de psiquiatría forense y uno más para pacientes psicogerítricos y crónicos.

Insumos para la salud

La Empresa Farmacéutica del Estado es el importador, productor y distribuidor central de medicamentos y suministros médicos; cuenta con 14 farmacéuticos y 15 farmacias. El Servicio Regional de Salud tiene otras 32 farmacias subsidiarias en sus establecimientos. En 1990 se procesaron cerca de 2.150.000 recetas médicas y 2.525.000 en 1996. La Empresa vendió US\$ 3,9 millones en medicamentos y US\$ 740.000 en otros productos en 1996.

La Fundación de Lucha contra el Cáncer elaboró un proyecto para instalar una unidad de radioterapia ortovoltáica para enfermos de cáncer y lo sometió a consideración del Fondo del Tratado Holandés para su financiación. El proyecto de provisión de medicamentos esenciales será ampliado para incluir los que se utilizan en quimioterapia. También se planea establecer un servicio de angiografía en el Hospital Académico.

Se está realizando un programa para suministrar equipo médico y bienes fungibles con financiamiento procedente del Tratado Holandés. Dicho programa está logrando mejorar el control de calidad y la producción local de medicamentos, y

se están preparando listas uniformes para diferentes categorías de suministros. Suriname sigue la política de medicamentos esenciales propugnada por la OMS y ha elaborado un formulario nacional. Existe mejor mantenimiento del equipo médico gracias al establecimiento en 1993 de un Servicio Técnico Conjunto con la cooperación de todos los hospitales y laboratorios. La infraestructura del Servicio está reforzándose con ayuda del Gobierno de Bélgica.

Actualmente existe un acuerdo para el envío a los Países Bajos de pacientes que necesitan someterse a procedimientos médicos que no se realizan en Suriname. La Fundación del Seguro de Salud del Estado invierte un promedio de US\$ 20.000 por caso (con ayuda de los Países Bajos). El presupuesto de 1996 contemplaba el costo de 200 de esos casos, aunque la política consiste en tratar de mejorar los establecimientos de Paramaribo para reducir la necesidad de tomar tales medidas. Desde que se instaló un aparato de láser de argón en el Hospital Académico, los pacientes ya no tienen que trasladarse a los Países Bajos para los tratamientos con láser. Se planea tener la capacidad de realizar cirugía de corazón abierto, en cooperación con el Hospital Académico de la Universidad de Leiden y con visitas de equipos de médicos holandeses. También se necesita un centro de cateterismo cardíaco, un equipo de oncólogos y la descentralización de los servicios de diálisis renal.

Recursos humanos

Un estudio realizado en 1996 por la Oficina de Planificación del Ministerio de Planificación y Cooperación Técnica descubrió que existen cerca de 500 vacantes para personal con título universitario en las oficinas centrales de los Ministerios del Gobierno (sin incluir las vacantes sobre el terreno). Había escasez de enfermeras, médicos especialistas, farmacéuticos, dentistas, veterinarios, dietistas, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, asistentes de farmacia, analistas de laboratorio e inspectores de salud ambiental. Según la Oficina de Planificación, en los cinco últimos años 33% de un total de 567 profesionales de asistencia sanitaria (principalmente enfermeras de alto nivel y médicos especialistas) abandonaron el sector o salieron del país. Aparte de ello, se jubilarán muchos profesionales en los próximos 10 años, ya que 64% tienen 50 o más años de edad. La falta de profesionales de salud pública, capaces de hacer los análisis y presentar los informes necesarios, mina la capacidad operativa y de liderazgo del Ministerio de Salud.

El sector salud empleó a aproximadamente 5.100 personas en 1992 (incluido personal administrativo y de apoyo); cerca de 70% eran empleados del Gobierno. En 1996 había 190 médicos generales, 95 médicos especialistas, 20 psicólogos, 31 dentistas, 9 veterinarios, 24 analistas de laboratorio, 13 fisioterapeutas, 14 farmacéuticos, 3 dietistas/nutricionistas y 81

enfermeras con grado universitario, así como 550 enfermeras auxiliares, 40 parteras, 95 asistentes de farmacia, 27 técnicos de radiografía y 63 enfermeras dentales.

En 1993 se graduaron 9 médicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Suriname, 15 en 1994, 8 en 1995 y 22 en 1996, tras completar un programa de estudios de siete años. La Escuela Central de Enfermería y los programas de formación en el Hospital Académico y el Hospital St. Vincentius capacitan a enfermeras y auxiliares de enfermería, pero no dan abasto. La duración de los cursos es de cuatro años para las enfermeras diplomadas y tres años para las auxiliares. En 1996 se inscribieron 80 personas para el curso de enfermera diplomada y 135 para el de auxiliar de enfermería. La Escuela de Enfermería tiene un nuevo programa de estudios que otorga una Licenciatura en Enfermería. Se planea transferir la responsabilidad de dicha escuela del Ministerio de Salud al de Educación. Si se elimina el requisito de que los candidatos trabajen en un hospital, seguramente aumentará el número de interesados en cursar estudios.

La Fundación del Servicio Dental para Jóvenes ofrece un programa de capacitación para enfermeras dentales. De un total de más de 120 enfermeras dentales capacitadas desde 1976 (cerca de 80% de los alumnos), solo 63 seguían trabajando para la Fundación en 1997. Después de una interrupción temporal en 1995–1996, el programa admitió a 12 nuevos candidatos.

La Misión Médica ofrece un programa especial de capacitación para auxiliares sanitarios, y Stichting Lobi otro para parteras. Se admiten cada año entre 10 y 15 estudiantes para el título de enfermera diplomada y la duración del programa de estudios es de tres años. La Oficina de Salud Pública también tiene un programa de capacitación para inspectores ambientales.

La Universidad de Suriname introdujo un programa de estudios de salud pública en 1992–1993 para fortalecer los conocimientos sobre atención primaria que se imparten a los estudiantes de medicina. En 1995 comenzó a funcionar un “laboratorio de aptitudes” para mejorar los métodos didácticos. La Universidad también inició un curso para fisioterapeutas en 1996, en el que participaron 15 estudiantes.

Gasto y financiamiento sectorial

En el período 1991–1996, el Ministerio de Salud absorbió 4% del gasto público; el total del gasto público ascen-

dió a US\$ 210 millones en 1996. Más de la mitad de los desembolsos del Ministerio se utilizaron para pagar al personal, y 25% fue asignado a gastos generales. Se calcula que el egreso nacional total en materia de salud en 1996, combinando el gasto público y privado, fue de US\$ 40 millones, o sea, 8% del PIB. Por lo menos 62% de esa cantidad fue financiada por el Gobierno de Suriname. El Ministerio de Salud (incluida la Oficina Central, la Oficina de Salud Pública, el Dermatologische Dienst y el hospital psiquiátrico) recibió US\$ 8.128.100. El subsidio proporcionado a la Misión Médica ascendió a US\$ 985.500. La Fundación del Servicio Dental para Jóvenes obtuvo US\$ 492.600 y la Escuela Central de Enfermería, US\$ 123.200. La cantidad asignada al Servicio Regional de Salud para cubrir su déficit financiero fue de US\$ 1.283.300, el Hospital ‘s Lands recibió US\$ 206.900, el Hospital Académico US\$ 194.600 y el Hospital del Distrito de Nickerie, US\$ 51.700. El Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda fue acreedor de US\$ 8.620.700 y el Ministerio de Finanzas recibió US\$ 13.546.800 para el Fondo del Seguro de Salud del Estado. El gasto del sector privado en asistencia sanitaria ascendió a US\$ 18.472.300.

Cooperación técnica y financiera externa

Los principales socios internacionales y bilaterales en el desarrollo del sector salud de Suriname son los Gobiernos de los Países Bajos y de Bélgica, la OPS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Entre los proyectos más importantes que han recibido cooperación técnica y financiera se encuentran los siguientes: 1) reorganización de la Oficina de Salud Pública, con fondos del Tratado Holandés; 2) Proyecto de Medicamentos y Suministros Médicos, financiado asimismo con fondos del Tratado Holandés; 3) reestructuración del Servicio Regional de Salud, con fondos del Tratado Holandés y de la OPS; 4) Programa de control de la malaria, financiado con fondos del Tratado Holandés y de la OPS; 5) tratamiento de pacientes en el extranjero; 6) Programa Nacional contra el Sida, que está auspiciado por la Unión Europea y la OPS; 7) Programa de Control de la Tuberculosis, patrocinado por la OPS; 8) Programa Nacional de Inmunización, apoyado por la OPS y el UNICEF, y 9) Programa de salud materno-infantil, con fondos de la OPS y el UNICEF.

TRINIDAD Y TABAGO

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Trinidad y Tabago forman un Estado insular gemelo situado en el extremo meridional de la cadena de islas del Caribe. Esta nación, independiente desde agosto de 1962, constituye una república democrática dentro de la Mancomunidad Británica. Tabago es administrada por separado por su propia Asamblea, establecida en 1980. Trinidad está organizada actualmente en 13 zonas administrativas o corporaciones regionales, creadas por la Ley de Corporaciones Regionales de 1981. Sin embargo, por causa de demoras en el establecimiento de estas corporaciones los ocho condados y las tres corporaciones municipales originales siguen notificando casi todos los datos oficiales.

Desde el decenio de 1960, la economía se ha caracterizado por una marcada dependencia con respecto a la producción y exportación de petróleo y gas. El producto nacional bruto (PNB) per cápita alcanzó un valor máximo de US\$ 6.600 en 1982, seguido de marcadas reducciones hasta 1988, cuando el Gobierno puso en práctica un programa de reforma económica. El PNB per cápita mínimo de \$3.160 se registró en 1989. Desde entonces ha habido una continua mejora, debida sobre todo a las medidas de liberalización del comercio y de la moneda; las estrategias de diversificación hacia la agricultura, la industria manufacturera (sector no petrolero) y el turismo, y la reestructuración, privatización y liquidación de varias empresas estatales. Además, un programa de reforma tributaria estableció un impuesto de 15% sobre el valor agregado y la disminución de los impuestos sobre la renta de las personas físicas y las sociedades, el control más estricto del gasto público y la disminución del déficit fiscal, y el aumento de las tarifas de los servicios públicos. En 1994 el PNB per cápita fue de US\$ 3.740.

El valor de la moneda se ha mantenido bastante estable desde que se adoptó el sistema de flotación del tipo de cam-

bio del dólar en 1993 (de TTS 5,40 a TTS 6,30 = US\$ 1). No obstante, hubo un desfase de cerca de 10% entre mediados de 1996 y mediados de 1997. Las tasas de inflación, medidas por el cambio del índice de precios al por menor, se redujeron a alrededor de 3,2% en 1996. En armonía con esta recuperación económica, han cambiado en forma radical las tendencias de desempleo debido al aumento de oportunidades laborales en los sectores no petroleros de turismo y de otras industrias de servicio. La fuerza de trabajo ha crecido (de 467.700 personas en 1990 a 521.000 en 1995), se han reducido los índices de desempleo (de 20% en 1990 a 17% en 1995) y han aumentado las tasas de participación (de 56% en 1990 a 60% en 1995). Los índices de desempleo de las mujeres son mayores (23% frente a 19% de los hombres) y las tasas de participación, menores (45% frente a 75% de los hombres), quizá a causa de menores índices de escolaridad, factores socioculturales y una difícil situación de empleo. Los miembros de cerca de 22% de las familias están desocupados.

Los datos disponibles sobre el período de recesión económica en Trinidad (1982–1989) indican un aumento del nivel de pobreza, de 3,5% de los hogares en 1981 a 14,8% en 1988. Si bien es difícil medir el efecto del programa de ajuste estructural del Gobierno en el bienestar de la población, es posible que haya deteriorado las condiciones de vida y aumentado el desempleo. Las estimaciones recientes indican que el nivel de pobreza siguió aumentando desde 1988 hasta alcanzar los actuales niveles de 21% a 22% de la población, con una distribución más amplia del ingreso. Alrededor de la mitad de estas personas se clasifican como extremadamente pobres, es decir, incapaces de afrontar el costo de una canasta mínima de alimentos.

La pobreza está igualmente dividida entre las zonas urbanas y rurales, aunque es más grave en las urbanas. Casi la mitad de los pobres viven en el Condado de St. George. En las zonas urbanas, las presiones económicas de los pobres, sumadas al alto índice de desempleo de los jóvenes, han agravado los crecientes problemas de delincuencia y toxicoma-

nía; el problema es especialmente grave entre los hombres jóvenes.

Ha mejorado en forma constante y significativa el grado de rendimiento escolar de la población. En 1970, alrededor de 8% carecían de instrucción, cifra que para 1990 había descendido a cerca de 3%. Entre 1980 y 1990 aumentó constantemente el porcentaje de hombres y mujeres que completaron estudios secundarios (de 32,7% a 44,4%) y terciarios (de 2,2% a 2,9%). Las tasas de alfabetismo de adultos también son prueba fehaciente del rendimiento sostenido (94% y 96% en 1970 y 1980, respectivamente). Sin embargo, el alfabetismo funcional es motivo de preocupación cada vez mayor.

La estimación revisada de la población de mediados de 1995 es de 1.259.971 habitantes a partir de la cifra de 1.238.800 habitantes empadronados en el censo de 1990, con una tasa promedio de crecimiento anual de 1,1% en el período 1990–1994 (una baja en relación con 1,27% en el período 1985–1989). La razón hombre/mujer es de 101:100. La desaceleración del crecimiento demográfico se debe en parte a una reducción de la tasa de fecundidad total (2,4) y de la tasa bruta de natalidad (de 19,7 en 1990 a 15,8 en 1995), una tasa estable de mortalidad bruta (6,7 en 1990 y 7,1 en 1995) y una emigración estabilizada entre 1980 y 1990 (estimada en 131.918 personas).

Estas tendencias se reflejan también en una pirámide de población configurada de forma más restrictiva: 33,5% de la población es menor de 15 años y 6% mayor de 65. No obstante, con base en las tendencias actuales, se prevé que en el 2015 el grupo menor de 15 años de edad se reducirá a 23,9% y el mayor de 65 años aumentará a 7,5% de la población total. Casi 72% de la población se considera urbana.

La composición étnica de la población de Trinidad y Tabago se caracteriza por proporciones casi iguales de personas originarias de África y de la India, aproximadamente 40% en cada caso. El 20% restante está formado sobre todo por mestizos (18,5%) y menos de 2% por los demás grupos (blancos, chinos y “de otro origen”, o de origen no declarado). Hay importantes diferencias por condado: las personas originarias de África predominan en Tabago (92%) y en St. George (50%); las originarias de la India predominan en Caroni (67%) y en Victoria (62%). Entre 1980 y 1990, disminuyó la representación de cada grupo étnico, excepto del mestizo, que aumentó de 16,3% en 1980 a 18,5% en 1990, es decir, alrededor de 13%.

Mortalidad y morbilidad

Sigue aumentando la esperanza de vida al nacer; en 1990, era de 72,7 años para las mujeres y de 69,3 años para los hombres. No obstante, entre 1980 y 1990, gran parte del aumento de la esperanza de vida se registró en el grupo

menor de 15 años, con un incremento menor de 1 año en el de 65 años.

Una razón importante de la mayor esperanza de vida en general en los últimos 30 años ha sido la reducción de la mortalidad infantil de 110 por 1.000 nacidos vivos en el decenio de 1940 a 21,7 por 1.000 en el de 1980 y a 18 por 1.000 en el de 1990. Además, la tasa de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años se mantuvo bastante estable en el período 1985–1995, en cerca de 4,8 por 100.000 personas.

La mortalidad por grandes grupos de causas se clasifica de la manera siguiente (los porcentajes presentados corresponden a datos de 1994): enfermedades del aparato circulatorio (39,7%), tumores (13,4%), diabetes (12,5%), causas externas (7,3%), enfermedades transmisibles (5,6%) y ciertas afecciones originadas en el período perinatal (1,9%).

Es fácil obtener tratamiento para enfermedades comunes en una red de 101 centros de salud, 7 hospitales y cerca de 400 médicos generales que ejercen en forma privada. La atención en los centros de salud pública, incluidos los servicios de diagnóstico y suministros farmacéuticos, es gratuita en el punto de acceso. Sin embargo, dos estudios nacionales importantes, la Encuesta de Condiciones de Vida de 1992 y la Encuesta Nacional de Salud de 1995, muestran que las personas buscan atenderse en el sector privado (45% y 43%, respectivamente) o en los hospitales públicos (36% y 19%, respectivamente) mucho más que en los centros de salud pública (9% y 22%, respectivamente).

La Encuesta Nacional de Salud de 1995 se realizó como parte del trabajo previo a la ejecución del programa de reforma del sector salud. Se diseñó sobre todo para subsanar la falta de datos sobre el estado general de salud de los adultos y, por ende, se concentró en las personas mayores de 15 años. Se pretende emplear los resultados como información básica sobre las necesidades de salud, la morbilidad y las pautas de utilización de los servicios, junto con la información regular acopiada por los servicios del sector público. En la encuesta se entabló contacto con 3.240 familias, se entrevistó a 6.342 adultos y se logró una tasa de respuesta de 97,7%. Se preguntó sobre la diabetes, la hipertensión y las enfermedades del corazón solamente a las personas mayores de 35 años. Las respuestas se basaron en las enfermedades auto-notificadas.

La encuesta mostró que 38% de la población declaró que tenía síntomas agudos de enfermedad, pero los efectos de los trastornos crónicos en el estado de salud y en el comportamiento en relación con esta tuvieron un alcance mucho mayor. Por ejemplo, las lesiones solo surgieron como problema grave cuando se convirtieron en una afección antigua. Al parecer, las afecciones crónicas o antiguas constituyen las mayores cargas para la salud. La encuesta de 1995 también mostró que la variable con mayor efecto en la selección del prestador de servicios de salud y en el costo de la atención era una afección crónica.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La tasa de mortalidad infantil fue de 13,8 por 1.000 nacidos vivos en 1994. Se han identificado problemas de subnotificación de defunciones infantiles, sobre todo en el período neonatal, y se han ejecutado planes para fortalecer el sistema de notificación mediante un acuerdo sobre los procedimientos de notificación de mortalidad y de nacimientos de niños con 28 semanas de gestación o más, y un mejoramiento de la información declarada en los certificados de defunción.

La puesta en práctica de la iniciativa de hospitales "amigos del niño" ha mejorado la prevalencia de la lactancia materna. En 1995, alrededor de 43% de los niños llevados a los centros de salud eran alimentados exclusivamente con el pecho materno al menos por un mes, y 25% al menos por tres meses.

Los programas de inmunización están bien organizados y sus tasas de buen resultado y cobertura son constantemente elevadas. Además, están bien supervisados y, dado el alto índice de asistencia nacional a la escuela primaria, su vinculación con los requisitos de admisión a la escuela resulta de gran utilidad. Las deserciones escolares y las oportunidades desaprovechadas suelen detectarse en esta etapa. Se aplican vacunas contra la poliomielitis y la DPT a partir de los 3 meses de edad y contra el sarampión y la fiebre amarilla, a los 2 años.

La mejora de las condiciones socioeconómicas y ambientales y del acceso a los servicios de salud infantil (gratuitos en el sector público) ha influido en el espectacular descenso de la mortalidad y la morbilidad en el grupo de 1 a 4 años de edad. En 1994, la tasa de mortalidad en este grupo fue de 4,8 por 100.000 personas. En ese año, 16,6% de las defunciones se debieron a causas externas.

Hay poca prevalencia de prácticas satisfactorias de lactancia materna en los niños menores de 1 año y se sospecha que han aumentado las zonas con malnutrición y cobertura deficiente con exámenes regulares en los niños de 2 a 5 años. Los informes de morbilidad de los dispensarios del sector público no muestran ningún cambio importante en los últimos años. Las afecciones cutáneas (32%) y las infecciones respiratorias agudas (18,8%) son los motivos más comunes de consulta a esa edad. La diarrea suele notificarse como trastorno recurrente en el sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles (15.355 casos en 1994).

Las primeras consultas de los niños de 1 a 2 años de edad a los dispensarios indican una cobertura cercana a 80% de la población objetivo, pero a los 2 años la cobertura es inferior a 50%. El número medio de consultas de niños menores de 1

año es de 4,2, suficiente para lograr una inmunización adecuada; se hacen visitas domiciliarias a 20% de los niños. En promedio, entre las edades de 1 y 4 años cada niño acude 1,7 veces a un dispensario.

En el grupo de 5 a 14 años de edad, aproximadamente 42,8% de las defunciones de varones y 22,7% de las de niñas se producen por causas externas. Los tumores malignos ocasionan 14,3% de las defunciones de varones y 11,4% de las de niñas, y las enfermedades transmisibles, 6,1% y 15,9%, respectivamente. Los niños de este grupo de edad tienen poco contacto con los servicios de salud, excepto en caso de enfermedad o vacunación.

El servicio de salud escolar no tiene recursos suficientes y actualmente es objeto de examen. En la escuela primaria se ejecutan programas para prevenir la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo de adolescentes y promover la nutrición y la actividad física. Estos programas carecen de sostenibilidad, pese a los intentos esporádicos del Departamento de Educación Sanitaria, el Ministerio de Salud y algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) por cambiar esta situación. El Ministerio de Educación, por medio de los programas de educación para la vida de familia y de otros, como el proyecto de fomento de la autoestima de los jóvenes, trabaja más en este campo en la actualidad.

La salud del adulto

El factor que más contribuye a la mortalidad de los adultos jóvenes de 15 a 24 años de edad son las causas externas, que representan 64,1% de las defunciones de hombres y 32,9% de las de mujeres. Los accidentes de tránsito de vehículos de motor, el ahogamiento, el homicidio y el suicidio contribuyen por igual a la tasa de mortalidad de los hombres en este grupo de edad. Sin embargo, el homicidio y el suicidio causan 67,8% de las defunciones de mujeres. Los tumores malignos representan 10,6% de las defunciones de hombres y 6,3% de las de mujeres.

No se dispone de informes de morbilidad en este grupo de edad. Los datos incompletos de los servicios de atención de infección por el VIH y de enfermedades de transmisión sexual indican que no se han reducido las tasas de incidencia de estas últimas. Las tasas de embarazo de adolescentes son elevadas en las zonas urbanas (13,5% de todos los partos de niños vivos y de mortinatos corresponden a adolescentes, con una tasa de fecundidad específica por edad de 45,9%). Los datos de la Unidad Nacional de Toxicomanía, basados en informes policiales y de los servicios de salud, registran crecientes tasas de uso de marihuana y cocaína en este grupo de edad.

En 1994, aproximadamente 31,2% de las defunciones de hombres de 25 a 44 años se debieron a causas externas (acci-

dentes de tránsito de vehículos de motor, 18,3%, suicidio, 24,8%, y homicidio, 31,7%). Las enfermedades del aparato circulatorio causaron 14,2% de las defunciones por causas definidas. Las principales causas de defunción de las mujeres se distribuyeron de la manera siguiente: enfermedades del aparato circulatorio (20,1%), enfermedades transmisibles (5,6%), cáncer (19,1%) y defunciones por causas externas (13,2%). La Encuesta Nacional de Salud de 1995 indicó tasas de prevalencia de discapacidad de 12,5% en los hombres y de 15,2% en las mujeres, tasas de prevalencia de diabetes e hipertensión autonotificadas de 3% y 11%, respectivamente (en el grupo de 35 a 44 años de edad), 13% de prevalencia de antecedentes de traumatismo en los hombres y 7% en las mujeres, y enfermedad mental notificada en 4,5% de los hombres y 6% de las mujeres.

Las enfermedades del aparato circulatorio dominaron el perfil de mortalidad de los adultos de edad madura (45 a 64 años de edad) en 1994 y representaron 39,8% de las defunciones de hombres y 39,5% de las de mujeres. La diabetes ocupa el segundo lugar como causa de defunción de los hombres y de las mujeres (17,0% y 21,2%, respectivamente). El cáncer es también una importante causa de defunción en este grupo de edad (20,5% en mujeres y 12,1% en hombres). Aunque las defunciones por causas externas ocurrieron en menor proporción, representaron 9,1% en hombres y 2,2% en mujeres.

La salud del adulto mayor

Aunque los adultos mayores (65 años y más) representan actualmente solo 6% de la población, la proporción va en aumento. Las principales causas de defunción en este grupo de edad son las enfermedades del aparato circulatorio (46,8% en hombres y 51,2% en mujeres), los tumores (15,4% y 11,8%, respectivamente) y la diabetes (11,7% y 14,9%, respectivamente).

En la Encuesta Nacional de Salud de 1995, 49% de las personas mayores de 65 años declararon que padecían una afección crónica que limitaba sus actividades habituales. Los datos muestran que 12% declararon que tenían dolor intenso; 33%, limitaciones en sus actividades sociales; 27%, dificultad para cargar paquetes; 12%, para caminar 9 metros; 5%, para vestirse, y 36%, para leer; 19% sufría algún problema auditivo y 23%, pérdida de la memoria o impedimentos para el aprendizaje.

La salud de la familia

La prestación de servicios de planificación familiar es compartida sobre todo por el Ministerio de Salud, como parte

de su programa de salud materno-infantil en los centros de salud y en los pabellones y clínicas de atención posnatal de los hospitales, y la Asociación de Planificación Familiar de Trinidad y Tabago, que es una ONG. Ambos organismos, con la colaboración del Ministerio de Educación, ejecutan programas focalizados de educación pública y para la vida de familia en las escuelas.

Desde 1989, se ha venido reduciendo la nueva clientela atendida en los dispensarios de la Asociación de Planificación Familiar y del Ministerio de Salud. Esta tendencia ha sido más marcada en los adultos, que constituyeron 29.805 de los nuevos pacientes atendidos en los centros de salud y dispensarios de planificación familiar en 1995, cifra casi 30% inferior a la de 1993. Son pocos los métodos anticonceptivos disponibles. El más popular sigue siendo el uso de condones, seguido de tratamientos hormonales administrados por vía oral e inyectables; el DIU no se usa mucho. Las solicitudes de esterilización a la Asociación de Planificación Familiar provienen sobre todo de mujeres, aunque se realizan algunas vasectomías. La falta de abastecimiento consecuente de anticonceptivos es un problema en los centros de salud.

La salud de los discapacitados

Según la encuesta de 1995, 22% de la población mayor de 15 años tenía algún tipo de discapacidad. Las afecciones médicas crónicas contribuyeron 40% a esta discapacidad en el grupo menor de 65 años y 60% en el de 65 años y más. La discapacidad repercute mucho en la declaración del estado de salud y en la situación laboral, el ingreso, la necesidad de atención y la utilización de los servicios de salud, así como en diversas variaciones del estado de salud. También se midieron determinadas clases de discapacidad. En toda la población se observó un alto índice de discapacidad visual que obstaculizaba la lectura (14% en los hombres y 20% en las mujeres). La discapacidad auditiva afectó a 6,3% de las mujeres y a 4,5% de los hombres. Como era de esperarse, la discapacidad en general aumentó a 50% en las personas mayores de 65 años y en forma marcada para cada tipo de afección.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles son todavía una causa importante de defunción y morbilidad en Trinidad y Tabago, y ocasionan 7% de las defunciones. Ocupan el segundo lugar entre las causas más frecuentes de internación en hospitales de atención de casos agudos (8%).

Enfermedades transmitidas por vectores. La vigilancia de las enfermedades transmitidas por mosquitos se intensificó en 1996–1997, sobre todo en lo relativo al control del dengue y del dengue hemorrágico. Se han acentuado las intervenciones comunitarias en lugar del control con insecticidas.

Aunque el dengue es transmitido por un vector, la relación de este con los depósitos de agua es un factor que contribuye a su aspecto endémico. En lo que respecta al suministro de agua potable y al tratamiento eficiente de las aguas servidas la cobertura es deficiente. La Administración de Acueductos y Alcantarillado sigue trabajando con otros organismos para mejorar esta situación, pero las soluciones están determinadas principalmente por la necesidad de invertir grandes sumas de dinero en la infraestructura nacional.

Enfermedades inmunoprevenibles. Se ofrece inmunización regular gratuita a los lactantes y niños pequeños en todos los centros de salud. De conformidad con el protocolo de la OPS, se administran antígenos en el primer año de vida. La cobertura con las vacunas DPT y antipoliomielítica (tres dosis completas) fue de 90% en 1995. Las vacunas contra la fiebre amarilla y el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR) se aplican en el segundo año de vida. En 1995, 89% de la población objetivo recibió la vacuna MMR y 83% de los niños de 1 año fueron vacunados contra la fiebre amarilla. Se aplican refuerzos según el programa establecido en todas las escuelas. Las mujeres embarazadas reciben refuerzos de toxoide tetánico, según sea necesario. La vacuna BCG no suele administrarse regularmente. En 1997 se logró una cobertura de 95% de la población objetivo (niños de 1 a 14 años) con una campaña nacional de vacunación contra el sarampión.

La hepatitis A es endémica y se presenta en brotes epidémicos de vez en cuando.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. La vigilancia de la enfermedad diarreica se ha intensificado desde 1991, cuando comenzó a reaparecer el cólera en las Américas. En 1997 se reactivó la campaña de prevención del cólera después de la identificación de nuevos casos en algunas zonas costeras cercanas de Venezuela. Trinidad y Tabago se ha mantenido exento de cólera.

Hay relativamente pocas defunciones atribuibles en forma directa al saneamiento ambiental deficiente. Sin embargo, todavía ocurren brotes de enfermedades transmisibles de vez en cuando. Aunque se ha reducido la mortalidad por diarrea, sigue habiendo una tasa constante de casos notificados. Hay prevalencia de diarrea vírica y bacteriana.

Infecciones respiratorias agudas. La influenza y la gastroenteritis son las enfermedades más frecuentemente notificadas a la Unidad Nacional de Vigilancia. Los informes de incidencia de influenza no se confirman en el laboratorio y

pueden incluir otras clases de infecciones respiratorias agudas.

Rabia. Continúa la vigilancia de la rabia transmitida por murciélagos, con participación de la unidad de salud pública veterinaria del Ministerio de Salud.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. La epidemia de sida sigue causando muertes prematuras de hombres y mujeres jóvenes (de 20 a 35 años) sexualmente activos y de los hijos de personas VIH-positivas (que representan 71%, 7% y 7,2% respectivamente, del total de defunciones por sida entre 1983 y 1995). En Trinidad y Tabago esta enfermedad tiene un patrón de transmisión heterosexual (51,9% de los casos en el período comprendido entre 1983 y 1995). Las tasas de incidencia van todavía en aumento (de 14,0 por 100.000 personas en 1990 a 27,2 por 100.000 en 1995), lo mismo que los casos VIH-positivos notificados en el laboratorio (de 31,4 por 100.000 en 1990 a 53,4 por 100.000 en 1992) y se espera que esta tendencia continúe. Los costos de hospitalización son difíciles de estimar, ya que en 1990 se atribuyeron al sida solo 1.077 días-paciente.

Es importante señalar que otras enfermedades de transmisión sexual de los adolescentes pueden registrar un aumento junto con la incidencia de infección por el VIH, lo que hace de la eficiencia del sistema de vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual un factor importante para el control del sida. Los datos inéditos del Departamento de Pediatría del Hospital General de Puerto España indican que muchas mujeres descubren que son VIH-positivas solo después que se emite el diagnóstico correspondiente a su hijo. Se estudia la posibilidad de realizar exámenes prenatales a las mujeres.

Los datos sobre enfermedades de transmisión sexual provienen de dispensarios públicos de atención de estas y, por lo general, se subnotifican. Las tasas brutas de incidencia de sífilis y gonorrea se han reducido en los últimos 10 años. Los casos de gonorrea han disminuido de 311 en 1985 a 160 en 1994 en ambos sexos. Cuando se desagregan por edad y sexo, los hombres del grupo de 15 a 24 años registran las mayores tasas. Estas cifras siguen siendo motivo de preocupación.

En 1991 hubo 1.153 internaciones por enfermedad inflamatoria de la pelvis en los hospitales de atención de casos agudos. Esta enfermedad no se notifica dentro del sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Un estudio sobre enfermedades crónicas realizado en 1990 indicó que el consumo de tabaco y alcohol, la falta de ejercicio y la malnutrición eran los factores de riesgo que más atención

necesitaban. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1995 indican que las enfermedades crónicas tienen la mayor repercusión en el sector salud al aumentar la demanda de servicios de salud y la discapacidad y afectar la posibilidad de escoger un dispensador.

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. Los mejores datos disponibles sobre el estado nutricional de los niños provienen de una encuesta nacional de estudiantes ingresados a la escuela primaria en 1989–1990. Puesto que estos son los resultados de una sola encuesta, deben interpretarse con precaución. Al parecer, la desnutrición grave es rara en Trinidad y Tabago, pero algunas zonas tienen elevadas tasas de incidencia de casos moderados de retraso ponderal y estatural.

Los alimentos de que dispone la población son suficientes para atender sus necesidades básicas, con un exceso de energía (30%), proteína (60%) y grasa (50%). Falta información sobre los actuales patrones de consumo. Tres encuestas han mostrado que alrededor de 40% de las mujeres y 20% de los hombres tienen un índice de masa corporal mayor que 30. La Encuesta Nacional de Salud de 1995 indica que los pobres tienden a consumir más leche entera, menos verduras de hoja y más harina blanca. La deficiencia de hierro es todavía demasiado alta en las mujeres de edad reproductiva y en los niños pequeños.

Actualmente se planea una política nacional de nutrición concentrada en la prevención de las enfermedades no transmisibles. Según la Encuesta Nacional de Salud de 1995, 72% de los entrevistados declararon que siempre agregaban sal durante la preparación de los alimentos y 19,6%, que lo hacían a veces, lo que causa preocupación por la posibilidad de ingesta excesiva de sal.

Ha aumentado la prevalencia de diabetes mellitus (11% de la población de 35 años o más declaró que tenía diabetes) y las tasas de mortalidad se incrementaron de 48,6 por 100.000 personas en 1977 a 80,5 en 1990. Esta enfermedad ocupa los lugares segundo y tercero entre las principales causas de defunción de mujeres y hombres, respectivamente. En el estudio de enfermedades cardiovasculares de St. James se observó que los hombres de las Indias Orientales tenían mayores tasas de prevalencia (1 de 6) que las mujeres de ese mismo origen y de otros grupos étnicos (1 de 10).

Más de 90% de los diabéticos de Trinidad tienen la forma no insulino dependiente de la enfermedad. Aunque hay una marcada influencia genética, las investigaciones indican que la obesidad temprana es el factor de riesgo evitable que necesita mitigarse si se desea reducir su incidencia. Las tasas de letalidad fueron altas, según el estudio de St. James. Casi 50% de las defunciones de diabéticos ocurren antes de los 65 años. A pesar de la elevada prevalencia, los dispensarios de los hospitales y de los servicios comunitarios parecen tener una baja

proporción de diabéticos entre sus pacientes, pero ello puede deberse a la tendencia a codificar solamente la afección principal por la que buscan atención.

En la Encuesta Nacional de Salud de 1995, 80% de los diabéticos que notificaron su enfermedad dijeron que estaban muy limitados en sus actividades. La discapacidad era tres veces más común en los diabéticos que en otras personas. Además, los diabéticos tenían posibilidades 3,3 veces mayores que otras personas de haber utilizado servicios de salud y 4,2 veces mayores de haber recibido una receta en los 12 meses precedentes.

Enfermedades cardiovasculares. La enfermedad del corazón es la principal causa de defunción en Trinidad y Tabago y ocasiona más de 3.000 muertes al año. Las elevadas tasas de diabetes e hipertensión son factores contribuyentes. La prevalencia del tabaquismo es menor que en América del Norte (30% en los hombres y 7% en las mujeres, según la Encuesta Nacional de Salud de 1995), pero el número de escolares que comienzan a fumar para “experimentar” es alto.

Además de la elevada prevalencia de hipertensión y diabetes, el índice medio de masa corporal es alto y los indicadores de ejercicio regular son bajos (2% en la Encuesta Nacional de Salud de 1995).

Según la encuesta de 1995, solo 64% de los entrevistados mayores de 35 años se habían hecho tomar la tensión arterial en los últimos 12 meses y solo 16% se habían medido alguna vez el colesterol. No hay un programa nacional coordinado de prevención primaria, pero varias ONG ejecutan programas de examen con fines de prevención secundaria. Con excepción de algún financiamiento recibido de los organismos internacionales, casi todos los fondos asignados a enfermedades crónicas se destinan a tratamiento.

Tumores malignos. Desde 1987, el cáncer ocupa el segundo lugar entre las principales causas de defunción con una tasa de 94,9 por 100.000 personas en 1990. Esas tasas han aumentado desde los años sesenta. Cuando las tasas se ajustan por edad, los únicos tipos de cáncer que muestran un aumento significativo son los de próstata, mama y pulmón; se ha registrado un marcado descenso de la incidencia de cáncer del cuello del útero.

El cáncer es la principal causa de defunción de las mujeres menores de 65 años (en 1994 representó 16% del total de defunciones de las mujeres de ese grupo) por la temprana edad en que comienzan el cáncer del cuello del útero y de la mama. Han aumentado las tasas de mortalidad por cáncer de la mama (de 17,6 por 100.000 mujeres en 1990 a 19,5 en 1994) y han disminuido las de mortalidad por cáncer del cuello del útero (de 9,1 en 1990 a 7,3 en 1994). Por lo general, no se ofrecen servicios de detección del cáncer cervicouterino en los dispensarios de salud pública, pero algunas ONG, como la So-

ciudad contra el Cáncer y la Asociación de Planificación Familiar, prestan estos servicios con tarifas subvencionadas. Según la encuesta de 1995, solo 43% de las entrevistadas mayores de 35 años se habían hecho alguna vez un examen citológico vaginal de Papanicolaou, un tercio en el transcurso del último año. El Informe Nacional del Registro de Cáncer indica que se atienden más casos de tumores de la mama que del cuello del útero, aunque estos datos no se basan en la población.

En 1994, las localizaciones tumorales más comunes en los hombres fueron la próstata (34 por 100.000), el pulmón (10 por 100.000), el colon y recto (7 por 100.000) y el estómago (7 por 100.000).

Accidentes y violencia. No se puede recalcar lo suficiente la importancia de las lesiones como causa de defunción y morbilidad. Las tasas de incidencia se han incrementado desde el decenio de 1960, y todas las categorías de lesiones mostraron un aumento entre 1990 y 1992. Las lesiones son la principal causa de defunción en todos los grupos de edad hasta los 45 años, pero ocurren defunciones por esta causa en todas las edades. Las lesiones son el factor que más contribuye al número de años potenciales de vida perdidos en los hombres.

El mayor aumento se ha registrado en las tasas de homicidio, que se duplicaron entre 1990 y 1994 en hombres y mujeres. En un reciente estudio de 20 consultorios de práctica general, el traumatismo agudo fue uno de los motivos más comunes de consulta. Las estadísticas de actividad hospitalaria indican que las lesiones son también la causa de hospitalización más importante (20% de los egresos y 16,1% de los días-paciente en 1993). El suicidio ocupa el segundo lugar entre las principales causas de defunción por traumatismo y constituye un grave problema en el grupo de 15 a 24 años de edad. La ingestión de insecticida es el método más frecuente y se deben tomar medidas para controlar la disponibilidad, el almacenamiento y la distribución de estas sustancias químicas tóxicas.

Salud mental. Una parte importante de la población de Trinidad y Tabago no tiene acceso a servicios de salud mental, pese al empeño puesto en distribuir estos servicios en todo el país. Los campos problemáticos para los servicios de salud mental son las urgencias psiquiátricas, los trastornos psiquiátricos de larga data, los problemas de salud mental de los pacientes de servicios de atención primaria, ambulatorios de nivel secundario, y de internación en hospitales de atención de casos agudos, y los trastornos psiquiátricos y emocionales de los grupos expuestos a alto riesgo.

Consumo de tabaco, alcohol y drogas. En 1995, 13% de los hombres de 15 a 24 años de edad y 30% de todos los mayores de 15 años declararon que habían fumado 100 cigari-

llos o más en su vida. La prevalencia fue mayor en el grupo de 35 a 44 años (37,6%) y disminuyó en los grupos de más edad. Al parecer, el tabaquismo es mucho menor en las mujeres: 5,1% en todos los grupos mayores de 15 años de edad y 7,1% en el de 45 a 54 años. La prevalencia de tabaquismo fue mucho mayor en las familias que declararon bajos ingresos per cápita y entre los entrevistados con menor grado de escolaridad. El tabaquismo guardó una alta correlación con el sexo masculino y con el consumo semanal de 21 o más unidades de alcohol.

El Ministerio de Salud ha establecido una política de prohibición de fumar en todas las instituciones de salud apoyadas por el sector público, insta a sus organizaciones a abstenerse de usar fondos provenientes de compañías tabacaleras para patrocinar actividades de salud e informa a todos los nuevos postulantes de su política de prohibición de fumar. También ha tomado la iniciativa de formular una política de prohibición de fumar de alcance nacional.

El 80% de los hombres y el 54% de las mujeres declararon que habían consumido 12 bebidas alcohólicas o más durante su vida. Las personas con poco rendimiento escolar declararon una mayor prevalencia de consumo de alcohol. Una proporción de 10,5% de los hombres informó que consumían grandes cantidades de alcohol (al menos 21 unidades por semana); el porcentaje aumentó a 13% en la región central del país, sede de la industria azucarera.

No se hacen cumplir eficazmente las reglamentaciones para el control del consumo de alcohol. Se realizan algunas actividades de educación y promoción de la salud en las escuelas, el lugar de trabajo y la comunidad, pero distan de ser adecuadas.

No se cuenta con datos fidedignos sobre el abuso de sustancias psicoactivas, aunque hay indicios de un aumento de los delitos relacionados con el uso de drogas, posible indicador representativo del aumento del abuso de drogas ilegales (en particular la marihuana y la cocaína). El Ministerio de Salud tiene un dispensario de abuso de sustancias administrado por el Hospital Psiquiátrico de St. Ann.

Salud oral. Los servicios de salud oral se destinan principalmente a la población menor de 15 años. En el decenio de 1970 se capacitó a un cuadro de enfermeras dentales para impartir educación dental a este grupo de edad en escuelas y dispensarios. Los dispensarios dentales en las dependencias de salud ofrecen libre acceso a exámenes y tratamiento sencillo. No se han hecho estudios recientes de la salud oral de la población.

Varias administraciones han considerado la posibilidad de agregar fluoruro al agua, pero esta medida no se ha puesto en práctica hasta ahora, sobre todo por la irregularidad del abastecimiento de agua. Más bien, el Gobierno ha adoptado el uso de sal fluorurada, pero es posible que esta política nece-

site revisarse cuando se formule una política nacional de nutrición en el marco de la prevención de las enfermedades transmisibles.

Contaminación ambiental. Las instalaciones de alcantarillado construidas durante los años del auge petrolero están ahora gravemente averiadas y contaminan los ríos tributarios a lo largo de la frontera noroccidental del país, las playas y los ecosistemas del interior. Además, el sistema de distribución de agua está lleno de pérdidas. En respuesta, la Administración de Acueductos y Alcantarillado ha introducido cambios administrativos a manera de preparación para un importante proyecto de mejora de la infraestructura. La recién establecida Administración para la Ordenación del Medio Ambiente coordina las diferentes entidades que intervienen en la protección ambiental.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El esquema conceptual de macroplanificación y el marco actualizado de política de mediano plazo (1996–1998) se han mantenido relativamente estables desde 1989, a pesar de los cambios administrativos efectuados en 1991 y en 1995. El Gobierno sigue firmemente comprometido a cumplir con los principios de equidad y solidaridad social. De conformidad con estos principios, ofrece servicios gratuitos de educación pública y atención de salud en los puntos de asistencia; sostiene programas de establecimiento de redes de seguridad social destinados a los adultos mayores, las familias encabezadas por mujeres con hijos y las personas discapacitadas; mantiene programas de reducción del desempleo (sobre todo, programas de obras públicas); brinda apoyo a la función del Sistema Nacional de Seguro y a recientes programas de ayuda a los “nuevos pobres”, que incluyen el fortalecimiento de la capacidad de las ONG y del sector privado en las actividades para aliviar la pobreza; ha creado y puesto en práctica programas de adquisición de vivienda para grupos de bajos y medianos ingresos; ha establecido programas de capacitación práctica para jóvenes desempleados; respalda la nueva capacitación de trabajadores desplazados y presta apoyo económico para el desarrollo de microempresas.

Ocho ministerios ofrecen actualmente los servicios relacionados con todos estos componentes y se busca crear un marco general de política para establecer prioridades y modernizar la prestación de servicios. El Ministerio de Desarrollo Social se ha identificado como el principal organismo gubernamental y se ha puesto en práctica un programa de fortalecimiento institucional para apoyar esta nueva función.

La reforma del sector salud

El Gobierno ha abordado la primera fase del Programa de Reforma del Sector Salud 1996–2002, de carácter amplio, destinado a fortalecer la capacidad de formulación de políticas, planificación y gestión del sector salud; separar la prestación de servicios de las responsabilidades financieras y reglamentarias; redistribuir el gasto público y ayudar a dirigir el gasto privado hacia la solución de los problemas de alta prioridad de manera eficiente en relación con el costo; establecer nuevas estructuras de administración y empleo que fomenten la responsabilidad, una mayor autonomía y el uso de incentivos para mejorar la productividad y la eficiencia; y reducir la morbilidad y la mortalidad prevenibles con la promoción de cambios del modo de vida y otras intervenciones sociales.

Con el fin de alcanzar estas metas, el programa contempla la reforma del Ministerio de Salud con miras a convertirlo en un órgano de política, planificación, patrocinio y reglamentación; la delegación de la responsabilidad de la prestación y administración de los servicios sanitarios a las Administraciones Regionales de Salud (ARS), que suscribirán contratos con el Ministerio de Salud para ofrecer servicios eficaces en relación con el costo, en los que se emplearán dispensadores públicos y privados; la formulación de una estrategia de recursos humanos, lo que incluye el establecimiento de un plan de pensiones financiado para el personal de las ARS, con objeto de fomentar una combinación adecuada de conocimientos prácticos y niveles apropiados de dotación de personal; la racionalización de los servicios y la infraestructura de salud para concentrar las actividades en intervenciones efectivas en relación con el costo y de alta prioridad, que hagan hincapié en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y fortalezcan la atención primaria, y la formulación de una estrategia integral de financiamiento del sector que incluya la evaluación de las tarifas cobradas a los usuarios y un sistema nacional de seguro médico como posibles mecanismos de financiamiento.

Organización del sector salud

En 1994 se promulgó la Ley sobre Administraciones Regionales de Salud, en virtud de la cual se establecieron cinco ARS—cuatro en Trinidad y una en Tabago— como organismos legales independientes responsables ante el Ministro de Salud. Los territorios de las ARS se han delineado de modo tal que coincidan con los de los gobiernos locales (las corporaciones regionales) para asegurarse de que coordinen en forma efectiva con estos últimos la prestación de una gama de servicios de salud a las poblaciones de su zona de influencia.

La propiedad de establecimientos de salud financiados por el sector público se ha trasladado a las ARS y la ley incluye

disposiciones para que los trabajadores de los establecimientos públicos puedan trasladar su empleo a las ARS. Estas funciones serán según acuerdos anuales de servicio negociados que vinculan el nivel de gastos con la prestación de servicios; los acuerdos comenzarán a ponerse en práctica en 1998.

El Ministerio de Salud se reserva la responsabilidad de determinar el marco y las prioridades nacionales, de asegurarse de que los fondos públicos atiendan debidamente las necesidades de salud de la población y mejoren su estado de salud, y de establecer normas y vigilar su cumplimiento por las ARS y otros prestadores de servicio. El marco de política nacional, o plan de compra, se establece sobre la base de los principios de evaluación de los beneficios y necesidades de salud. Con el tiempo, el presupuesto de las ARS se canalizará hacia una asignación más equitativa según las necesidades de la población. La reforma del sector salud se concentra en las nuevas funciones del Ministerio de Salud y de las ARS y es coherente con la estrategia general del Gobierno para mejorar el desempeño del sector público, particularmente con planes para reorganizar el Ministerio de Desarrollo Social y fortalecer las iniciativas del gobierno local.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Programas de ayuda alimentaria. El Gobierno no recibe alimentos de los programas internacionales de ayuda alimentaria. Se han suprimido los subsidios públicos directos e indirectos a una amplia variedad de alimentos básicos. Se ha reorganizado el programa nacional de comedores escolares para incluir a algunos estudiantes de colegios secundarios y a un creciente número de escuelas primarias. Algunos grupos voluntarios también proporcionan alimentos a los escolares y a los necesitados. Las subvenciones para asistencia pública, las pensiones de vejez y otras subvenciones transitorias para los indigentes y necesitados ofrecen un pago mínimo en efectivo para la compra de alimentos. El Ministerio de Desarrollo Social administra estas subvenciones.

La yodación y la fluoruración de la sal y la suplementación de la harina con hierro, tiamina, riboflavina y niacina tienen por objeto corregir las carencias observadas.

Salud oral. Los servicios dentales ofrecidos gratuitamente en cerca de la mitad de los centros de salud tienen amplia distribución geográfica, pero son de alcance limitado. Los dentistas (21) brindan atención básica a los niños de edad escolar y a las mujeres embarazadas, y tratamiento paliativo a los adultos. El servicio se concentra más en extracciones que en tratamientos de restauración. Los dentistas son auxiliados por enfermeros dentales, que realizan servicios sencillos, pro-

cedimientos de restauración y profilaxis a los niños menores de 12 años, examinan a los de edad escolar e imparten enseñanzas sobre salud dental en los dispensarios y escuelas. Hay dispensarios dentales en 54 centros de salud, de los cuales 6 están localizados en Tabago.

Se prestan servicios dentales y de cirugía oral y maxilofacial en los dos hospitales generales. Desde su inauguración en 1991, el Hospital Dental del Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams ofrece servicios de atención dental completa y cobra una tarifa por cada servicio prestado. Hay dos niveles de servicios dentales en el sector privado: los prestados por profesionales y los que ofrece personal no autorizado que ejerce ilegalmente.

Servicios de salud mental. Los servicios psiquiátricos prestados por el Ministerio de Salud aún están centralizados en el único hospital psiquiátrico de importancia en el país. También se proporcionan servicios descentralizados a personas con trastornos mentales agudos internadas en los hospitales generales y de condado y en cuatro centros de atención ampliada para adultos mayores con enfermedades mentales crónicas. Los servicios psiquiátricos comunitarios están organizados por sectores geográficos y se ofrecen gratuitamente a pacientes ambulatorios en algunos centros de salud.

Los servicios comunitarios prestan atención psiquiátrica, preventiva y terapéutica a pacientes con enfermedades crónicas y agudas, a toxicómanos, y a niños y adolescentes con trastornos emocionales; los servicios también brindan atención de seguimiento a los egresados del hospital. Una unidad especializada de toxicomanía es el principal centro de tratamiento del abuso de drogas, pero hay también varios centros pequeños de terapéutica y rehabilitación mantenidos por ONG. Seis o más ONG organizan grupos de apoyo y ofrecen asesoría para prevenir episodios agudos de enfermedad mental. Un dispensario de orientación pediátrica, localizado en el Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams, que presta servicios a todo el país, hace todo lo posible para atender las necesidades de los niños que acuden en forma individual y de los que son enviados por el sistema de educación. Varios psiquiatras y psicólogos del sector privado atienden a los enfermos mentales.

Programas para personas con discapacidad. El Ministerio de Desarrollo Social tiene la responsabilidad de atender las necesidades de las personas discapacitadas. Cuatro ONG de importancia que prestan atención terapéutica e imparten enseñanzas a los niños discapacitados reciben subsidios públicos. Se prestan servicios en las regiones norte y sur de Trinidad, y en Tabago. En muy pocas de las principales escuelas primarias y secundarias se asignan maestros especiales para ayudar a los niños discapacitados. De acuerdo con algunas estimaciones, el número de niños en lista de espera

para ingresar a instituciones especiales triplica el número de plazas.

Los ciegos reciben una pensión después de los 40 años y los adultos discapacitados y que carecen de apoyo, otras subvenciones afines. Hay pocas oportunidades de empleo para las personas con discapacidad.

Detección del cáncer. La Sociedad contra el Cáncer, la Asociación de Planificación Familiar y el Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams ofrecen programas de detección del cáncer de la mama y del cuello del útero. En algunos centros de salud y clínicas ginecológicas de los hospitales públicos se toman frotis de Papanicolaou regular y gratuitamente. La Sociedad contra el Cáncer también tiene un programa de detección del cáncer de próstata. En 1996, con el apoyo del Ministerio de Salud y de la Corporación Municipal de Puerto España, la Sociedad contra el Cáncer estableció un registro nacional de esta enfermedad.

Servicios de salud ambiental. El Gobierno es el principal proveedor de servicios de salud ambiental. La Administración de Acueductos y Alcantarillado, con un cuantioso subsidio del Estado, tiene la responsabilidad legal de suministrar agua potable a la población y de recolectar y evacuar los desechos líquidos. Los servicios se proveen por una tarifa determinada. Las compañías del sector privado tienen una función limitada en la prestación de servicios de salud ambiental y sus tarifas son relativamente altas.

En las zonas urbanas, 87% de la población cuenta con conexiones domiciliarias y el 13% restante tiene acceso a fuentes públicas. Toda el agua de las zonas urbanas es clorada y se ciñe a las normas de la OMS. En las zonas rurales, 87% de la población recibe agua apta para el consumo, por cañería o por camiones cisterna. De acuerdo con una encuesta realizada en 1992, 78,5% de las familias tenían agua corriente. Sin embargo, 70,6% de estas notificaron que la semana anterior habían consumido agua de la red de suministro y 78,3%, que la almacenaban en depósitos.

Toda la población urbana cuenta con servicios adecuados de evacuación de excretas: 30% por medio de conexiones domiciliarias y 70%, de letrinas. Casi toda la población rural (97%) tiene servicios adecuados de evacuación de excretas.

Las autoridades locales proporcionan servicios ordinarios de recolección y evacuación de desechos domésticos en forma gratuita a las familias. En los asentamientos no autorizados o de ocupantes ilegales, que son inaccesibles, no existe este servicio y la basura se recoge en un sitio determinado. Otros desechos se recolectan con arreglo previo por una tarifa establecida. Las compañías privadas se dedican al retiro de desechos industriales y comerciales, pero emplean el basurero de la administración local. Algunas administraciones locales limpian los canales de desagüe y las calles.

Se hacen arreglos para la evacuación de desechos tóxicos según sea necesario en cada caso, o estos se entierran en el basurero municipal. En ambos casos existe el riesgo de que la filtración contamine el suelo y las fuentes de agua subterráneas.

La división de control de insectos vectores se encarga de la vigilancia de estos; los más importantes son los mosquitos *Aedes* y *Anopheles*.

Promoción de la salud. El Gobierno de Trinidad y Tabago ha expresado su apoyo a la estrategia de promoción de la salud mediante el respaldo a las actividades relacionadas con la Carta de Promoción de la Salud del Caribe y la participación en ellas. En 1994, una reunión nacional sobre promoción de la salud agrupó a representantes de los sectores público y privado y de las ONG, que se comprometieron a cumplir con las metas de la Carta del Caribe y recomendaron el establecimiento de un Consejo Nacional de Promoción de la Salud para vincular a todos los organismos que se ocuparan de cuestiones de salud. El concepto de promoción de la salud y las metas de la Carta del Caribe se presentaron a un grupo de organizaciones comunitarias y de ONG. En seguida se celebraron una serie de talleres regionales, en los que los participantes escogieron varios proyectos de trabajo, como la Iniciativa de las Comunidades Saludables y un plan de prevención de las enfermedades no transmisibles. La Iniciativa de las Comunidades Saludables se basa en el Programa de Ciudades Saludables de la OMS y dependerá de la cooperación entre las ARS, las corporaciones municipales y la comunidad. Como parte de la reforma del sector salud, la División de Educación Sanitaria está vinculada ahora a la planeación en la nueva Dirección de Política, Planificación y Promoción de la Salud.

Participación social y comunitaria. Hay actividades en marcha orientadas a ampliar la capacidad de las ONG para prestar servicios y fortalecer su relación con los organismos gubernamentales. Se espera también que la regionalización propuesta cree una asociación más estrecha entre la comunidad y los servicios de salud.

En lo que respecta a la atención primaria de salud, las propuestas de reforma discutidas por las ONG y el Ministerio de Desarrollo Social incluyen la formulación de una estrategia de atención de los adultos mayores y los discapacitados dentro de la comunidad. Se cree que muchos de los ocupantes de las camas de hospital no tienen una verdadera necesidad de cuidados clínicos y estarían mejor atendidos por servicios en el medio comunitario. Se acordó que el Gobierno debería tener un órgano rector para fijar normas y monitorear a las ONG, y que el Ministerio de Desarrollo Social asumiría esta función con apoyo del Ministerio de Salud.

Las ARS pueden usar los recursos comunitarios al máximo, puesto que están en libertad de comprar servicios fuera

del sector público. Se trata de un importante instrumento, en tanto que el Gobierno busca un uso más eficiente de los recursos existentes.

La División de Educación Sanitaria apoya al Ministerio de Salud en la divulgación de información, y se realizan diversas actividades en colaboración con la comunidad, como el programa de información sobre el cólera, el de promoción de la lactancia materna y la iniciativa de comunidades saludables. Dentro del alcance de la reforma, se estima que la División cumple una función clave en la promoción de la salud.

Preparativos para situaciones de desastre. El sistema de socorro en situaciones de emergencia sigue básicamente igual, aunque se han modernizado ciertos aspectos. El Organismo Nacional de Administración de Situaciones de Emergencia tiene un coordinador de dedicación exclusiva y un comité que representa a muchos organismos gubernamentales y no gubernamentales y se encarga de elaborar el plan nacional de preparativos y socorro para emergencias. Se han trazado mapas de riesgo que han sido distribuidos a muchas organizaciones comunitarias y se ha preparado un manual que enumera los recursos accesibles durante un desastre.

El Ministerio de Salud tiene su propio coordinador en este campo y se han emprendido actividades en lo que respecta a la sensibilización, la capacitación, el análisis de vulnerabilidad y la preparación de planes de desastre para el sector salud. Se presta apoyo a cada ARS en la preparación de sus planes para situaciones de desastre. Este arreglo reviste particular importancia para las ARS del centro y sudoeste del país, ya que en su ámbito se encuentran el aeropuerto, el parque industrial Point Lisas y varios sitios de refinerías de petróleo. Se han hecho varios simulacros, y se señaló que el transporte y las comunicaciones representan posibles problemas en caso de desastre.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Los sectores público y privado prestan servicios de atención a las personas; las ONG, las sociedades industriales y los servicios de seguridad nacional también ofrecen algunos. Se brinda atención pública en instituciones localizadas en todo el país. La atención secundaria y terciaria se concentra en un hospital general de Puerto España y en uno de San Fernando (1.245 camas), en dos hospitales del condado de Trinidad (111 camas) y en uno de Tabago (96 camas). Varios hospitales y unidades especializados también brindan servicios de atención materna, psiquiatría, enfermedades torácicas, abuso de sustancias, geriatría, oncología y fisioterapia, con un total de 1.513 camas suplementarias (el hospital psiquiátrico es el más grande, con 1.060 camas). Hay una amplia gama de servicios de diagnóstico en los dos hospitales generales.

La atención primaria de salud se presta en 101 centros de salud, 19 de los cuales están localizados en Tabago. El número de centros de salud por ARS en Trinidad varía de 16 en la ARS oriental a 30 en la central. La proporción de habitantes por centro de salud varía de menos de 3.000 por centro en Tabago a más de 21.000 en St. George Occidental.

Se presta atención hospitalaria y ambulatoria gratis en las instituciones financiadas con fondos públicos actualmente administradas por las ARS. Se ha establecido una tarifa mínima para ciertos procedimientos de diagnóstico, pero en la actualidad no existe un sistema oficial de cobro a los usuarios, excepto en el Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams, donde se fijan honorarios por cada servicio prestado.

Los médicos generales que ejercen en forma particular, los especialistas, los laboratorios de diagnóstico y los hospitales se encuentran dispersos por las dos islas, a pesar de estar agrupados en las ciudades y poblados de mayor tamaño. De los 33 hospitales privados inscritos en la Junta de Hospitales Privados, 13 tienen quirófanos y ofrecen algunos servicios de diagnóstico. Según se informa, alrededor de 45% de la población prefiere usar servicios del sector privado, particularmente ambulatorios; sin embargo, la atención de pacientes internados en el sector privado es costosa y la gama de servicios de urgencia, limitada.

Las ONG ofrecen servicios de diagnóstico y de exámenes exploratorios para la detección y el tratamiento precoces de determinadas enfermedades y discapacidades prevalentes. Las tarifas cobradas por los servicios son modestas, pero como la mayoría de las ONG están localizadas en las ciudades (por ejemplo, se realizan frotis de Papanicolaou en la Asociación de Planificación Familiar), el costo del transporte puede desalentar la utilización de los servicios por las personas desfavorecidas residentes en zonas remotas.

Las grandes empresas comerciales ofrecen servicios de salud a sus empleados, ya sea en forma directa o por medio de servicios especialmente contratados o de programas de seguro colectivo. Los familiares a cargo están incluidos en las prestaciones y hay un plan que cubre a los jubilados. Los servicios de seguridad nacional prestan atención primaria a su personal directivo y de apoyo, y en algunos programas se incluye a los familiares a cargo. La atención secundaria o terciaria para los agentes del servicio de seguridad se busca primero en los hospitales de la ARS. Se estima que menos de 10% de la población empleada está cubierta por seguro médico.

Los sistemas de referencia dentro del sector público y entre los sectores público y privado no están bien establecidos y más de 50% de las internaciones en los departamentos de urgencia de los hospitales son de personas que acuden por su cuenta. El Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams es el primer hospital del país administrado por una junta respon-

sable ante el Ministro de Salud. La atención primaria (consulta externa), secundaria y terciaria de salud —tanto de pacientes internados como ambulatorios— se presta en escala limitada, pues todavía se trabaja en la puesta en marcha del hospital. Los servicios de diagnóstico funcionan casi a plena capacidad y el laboratorio de cardiología, instalado en 1992, está actualmente en funcionamiento. El Ministerio de Salud otorga un cuantioso subsidio al hospital, pero este le cobra por los pacientes enviados por instituciones públicas. El Complejo es administrado ahora por la ARS central. El programa de reforma del sector salud ha proyectado los recursos ordinarios y de capital para su nueva función de hospital de atención secundaria para la población de la ARS central y como centro nacional de atención terciaria. El asunto del financiamiento se resolverá dentro de la estrategia general pertinente del sector de salud pública.

Se observó un aumento progresivo del número anual de egresos hospitalarios en el período comprendido entre 1990 y 1994, que alcanzó un máximo en ambos hospitales en 1994: 66.187 en Puerto España y 51.185 en San Fernando. Desde entonces, se ha reducido a 65.580 y 44.767, respectivamente, en 1995, y a 59.350 y 47.873, respectivamente, en 1996. Se ha observado una tendencia similar en Tabago, donde los egresos ascendieron a un promedio anual de 4.822 en los años citados.

La estancia promedio en los hospitales generales es de tres a cuatro días y los porcentajes promedio de ocupación son de 63% a 70%, excepto en el hospital general de San Fernando, que mantuvo una tasa de ocupación de camas superior a 80% en 1995 y 1996. Las tasas de ocupación de los hospitales más pequeños variaron pero, por lo general, fueron inferiores a 30% y la estancia superó al promedio (varió de 7 a 35 días en los pabellones de atención médica). Con excepción del hospital de Point Fortin en la ARS suroccidental, en 1995 se cerraron todos esos pequeños hospitales, en espera de su reemplazo por los nuevos Servicios Distritales de Salud.

Los hospitales generales brindan servicios de consulta externa en la mayoría de las especialidades y subespecialidades y los tres hospitales de condado ofrecen esas consultas en las especialidades más importantes. Además, se atienden consultas médicas generales en los centros de atención primaria en días designados.

En el período comprendido entre 1994 y 1996 disminuyó el número de consultas iniciales y ulteriores a los centros de salud y en 1996 hubo 108.068 consultas iniciales de atención médica general y un total de 491.681 consultas, incluidos los servicios de salud infantil. Esto es compatible con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1995, que muestran que las personas prefieren recibir atención médica de dispensadores particulares o del departamento de urgencias de los hospitales. No se dispone de cifras sobre servicios de consulta externa y diagnóstico en el sector privado.

El Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams, los dos hospitales generales, los tres hospitales regionales más pequeños y el sector privado ofrecen servicios de laboratorio de patología, bioquímica y hematología.

Más de 50% de las mujeres embarazadas reciben atención prenatal gratuita en los centros de salud. Son examinadas por una partera en cada consulta y por un médico por lo menos dos veces durante el embarazo. Este sistema facilita el envío de mujeres con complicaciones (alrededor de 19% de las pacientes) a clínicas de especialistas de seis hospitales. El protocolo de atención prenatal establecido en los centros de salud incluye exámenes de anemia, VDRL y diabetes e inmunización contra el tétanos. Se recomiendan suplementos de hierro y ácido fólico a las mujeres embarazadas, pero no suelen suministrarse gratis en los centros de salud ni en el hospital.

Alrededor de 90% de los partos se atienden en instituciones públicas, donde hay instalaciones para práctica de cesáreas, transfusiones de sangre y atención neonatal de casos agudos de enfermedad. El otro 10% se atiende en hospitales particulares y casas de parto (la mayoría de las cuales tienen servicios para la práctica de cesáreas) y unos pocos en la casa y en “otros lugares”. Casi 90% de los partos son supervisados por parteras y el 10% restante, por un médico u “otras personas”. Solo alrededor de 10% de las madres utilizan los servicios de atención posnatal en los centros de salud.

Insumos para la salud

El deterioro de la infraestructura física, incluso del equipo, es motivo de particular preocupación para el Ministerio de Salud y las nuevas ARS. La falta de sistemas permanentes de prevención y mantenimiento regular, de conocimientos prácticos y de presupuesto no se limita al Ministerio de Salud, sino que predomina en todo el sector público.

Para abordar el asunto de la sostenibilidad de la inversión en la infraestructura física, se estableció un Plan Nacional de Servicios de Salud durante la fase de diseño del programa de reforma del sector salud. El plan guiará la inversión en infraestructura y, en gran medida, el desarrollo de recursos humanos necesario para alcanzar el nuevo grado de importancia dada a la atención primaria y preventiva.

Según el Plan Nacional de Servicios de Salud, los elementos esenciales de la actividad de racionalización de los servicios de atención primaria comprenden el fortalecimiento de la red de instalaciones existentes mediante la mejora de algunos centros de salud, la construcción de nuevos servicios ambulatorios y de mejores centros de salud con algunos servicios especializados y de diagnóstico, y la conversión del resto de los dispensarios en centros de extensión que ofrecerán servicios preventivos.

También se planea disminuir el número de hospitales de atención de casos agudos (de 13 a 5) y las camas de los hospitales (reducción de 800 camas para el 2002); aumentar la capacidad de los hospitales para ofrecer servicios ambulatorios y de diagnóstico, y mejorar las instalaciones de internación en armonía con la racionalización de los servicios terciarios. Cuando el Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams entre plenamente en servicio tendrá un centro nacional de tratamiento del cáncer donde se ofrecerá radioterapia y quimioterapia (después del traslado del Centro Nacional de Radioterapia del Complejo Médico de St. James, que se efectuará en 1999). Se estudia la posibilidad de cambiar la atención hospitalaria de los adultos mayores y discapacitados por la atención en un establecimiento comunitario privado o de propiedad de una ONG. Por último, se introducirá un sistema de transporte de urgencia para mejorar la integración de la red racionalizada de instalaciones de salud y el acceso a ella.

Servicios de medicamentos esenciales y transfusión de sangre. El Ministerio de Salud ha elaborado políticas nacionales de medicamentos en las que se aborda la provisión de fármacos inocuos y eficaces a quienes los necesiten. Las actividades de introducción de los conceptos de prescripción racional de medicamentos en el sector público se iniciaron en 1990, con la intención de partir de la base del uso de la lista central de fármacos esenciales y de otros para administrar la selección y adquisición de estos para el sector público. Se trata de crear otros métodos de estimación de los requisitos en materia de medicamentos y de normalizar los protocolos de tratamiento, comenzando con las enfermedades y afecciones más comunes.

En 1992, se contrató un órgano legal para efectos de adquisición, logística y distribución de medicamentos para el sector público. En general, el resultado ha sido favorable a pesar de la devaluación de la moneda de Trinidad y Tabago. Se han introducido sistemas automatizados de administración de inventario y dispensación de fármacos en todos los hospitales importantes y el sistema se vinculará próximamente con un servicio de suministro central. En 1994 se elaboró un Formulario Nacional de Medicamentos para el sector público, que habrá de contribuir mucho al conocimiento de las opciones posibles, los costos del tratamiento y, quizás, a la necesidad de seguir mejores prácticas de prescripción racional de medicamentos.

Los servicios de transfusión de sangre están centralizados y una unidad nacional en pleno funcionamiento se encarga de establecer las normas para la recolección y distribución de hemoderivados. Todas las donaciones de sangre son voluntarias y la sangre recolectada se somete a exámenes de detección de los virus de la hepatitis B, HTLV 1 y VIH.

Recursos humanos

Son pocos los datos fidedignos y útiles sobre los recursos humanos utilizables para planear y proyectar las necesidades de personal porque el Ministerio de Salud no almacena datos por categoría de personal ni lugar de trabajo. No hay datos fidedignos disponibles para los profesionales del sector privado ni para los dispensadores de servicios de medicina tradicional o no médicos.

En la actualidad hay cerca de 1 médico por 1.200 habitantes en Trinidad y Tabago, cifra considerada aceptable según las normas internacionales. No obstante, todavía hay escasez de personal subalterno, funcionarios de planta e internos en los servicios hospitalarios. Ante esta situación, se ha contratado a personal extranjero para ocupar dichos cargos. Se estimó que en 1993 trabajaban en el sector público aproximadamente 150 médicos extranjeros.

La situación de los dentistas es similar a la de los médicos. La actual razón dentista/habitante es satisfactoria según las normas internacionales. En 1994 egresaron 20 alumnos de la nueva Facultad de Odontología del Complejo de Ciencias Médicas y en 1995, 25.

Trinidad y Tabago sigue sufriendo escasez de personal de enfermería, pese a haber mayor disponibilidad. La capacitación de este personal se reinició en 1989 y los nuevos enfermeros ingresaron al sistema desde 1992. Se han fortalecido los cursos posbásicos y se ha canalizado un monto importante del presupuesto de capacitación hacia la formación de enfermeros especializados, en campos tales como los de educación en enfermería, administración, cuidados intensivos, oncología y salud ocupacional.

Hay muchas vacantes en el nivel de atención primaria como resultado de las restricciones en cuanto a capacitación, contratación e idoneidad. El fortalecimiento del sistema de atención primaria exige un aumento significativo de la dotación de personal de enfermería. Se han identificado campos de escasez crítica en las profesiones afines a la de medicina, tales como dietética y nutrición, radiología, fisioterapia, terapia ocupacional y farmacología. Cada campo exige una evaluación detallada de la actual organización y prestación de servicios para determinar a qué otras clases de dispensadores se puede adiestrar y para elaborar y ejecutar programas de capacitación.

Formación del personal de salud. La formación de personal de salud, excepto en enfermería básica y de pregrado, se centra en el Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams. Hay programas de formación de pregrado y posgrado para médicos, dentistas y veterinarios. La Facultad de Medicina de la Universidad de las Indias Occidentales, recién inaugurada, graduó a la primera promoción de médicos en 1994. La mayoría de los estudiantes son naturales de Trinidad, pero muchos provienen de otros países del Caribe y de otras regiones.

La responsabilidad de la formación en enfermería se ha trasladado del Ministerio de Salud a la Facultad de Enfermería del Instituto Nacional de Educación Superior, Investigación, Ciencia y Tecnología. La Facultad de Ciencias de la Salud también ofrece programas de formación de técnicos de radiografía, técnicos de laboratorio y otros profesionales de campos afines al de la salud, así como programas de educación continua. Se ofrece formación para farmacéuticos, inspectores de salud pública y enfermeras comunitarias (visitadoras de salud y enfermeras de distrito) como parte del programa de estudios continuos de la Universidad de las Indias Occidentales.

Investigación y tecnología en salud

De conformidad con el programa de reforma del sector salud, el Ministerio de Salud ha emprendido investigaciones sobre sistemas de atención conducentes a un análisis detallado de las estrategias y políticas nacionales. La metodología se oficializará bajo la supervisión del nuevo Departamento de Política, Planificación y Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, que se encargará de producir la información necesaria para identificar prioridades y servicios de planificación. También se establecerá una función de investigación y desarrollo que comprenderá evaluación de tecnología.

El Instituto Nacional de Educación Superior, Investigación y Tecnología tiene el mandato de formular una política para la introducción de nueva tecnología a Trinidad y Tabago. En 1996 se elaboró una política preliminar cuya versión final se esperaba para 1997.

En 1996 se estableció el Comité Nacional de Investigaciones Esenciales en Salud para crear un sistema de coordinación de las investigaciones de salud en el país. Su primer mandato es elaborar una política nacional de investigaciones esenciales en salud que deberá ser ratificada. Está formado por profesionales de los sectores público y privado y es plenamente reconocido por el Ministerio de Salud.

Gasto y financiamiento sectorial

En el período 1981–1992, el gasto del sector público en salud tuvo una importante reducción, al variar de un máximo de TTS 677 per cápita (en dólares constantes de 1985) en 1982 a un mínimo de TTS 250 en 1989; en 1992 aumentó a TTS 256. En el período 1981–1986, el gasto real per cápita anual, en dólares constantes de 1985, fue de TTS 528 en comparación con TTS 279 en el período 1987–1992. Cabe señalar que las medidas de ajuste estructural trajeron como consecuencia la devaluación del dólar de Trinidad y Tabago en 1985, 1988 y 1993.

En lo que respecta al gasto ordinario, si bien fue de aproximadamente TTS 3.600 millones en el período 1981–1986, solo

llegó a TTS 2.300 millones en el período 1987–1992. Esta baja fue causada sobre todo por la recesión económica general, la reducción de las medidas de compensación tomadas por el sector público y el aumento del número de vacantes en el Ministerio de Salud, particularmente en el campo de la enfermería.

El gasto de capital se redujo mucho durante el período 1988–1992 y la mayor parte se destinó a la construcción del Complejo de Ciencias Médicas Eric Williams (84%). Casi la totalidad del gasto de capital restante se canalizó hacia otros hospitales y menos de 1% hacia los servicios de salud comunitarios.

El patrón de asignación presupuestaria para el gasto ordinario muestra que la mayor parte de este corresponde a personal (73%) y a bienes y servicios (19%). El gasto en personal se canalizó principalmente hacia los hospitales y laboratorios (75%) y solo 9% hacia los servicios de salud comunitarios o locales. Hay variaciones presupuestarias en los diferentes programas y divisiones y el componente de personal representa hasta 90% en algunas zonas.

Aunque gran parte de la atención suele concentrarse en el gasto del sector público, en los estudios del Plan Nacional de Seguro Médico se estima que se gasta una cantidad casi igual en el sector privado. Como menos de 10% de la población está amparada por seguro médico, es difícil determinar el monto exacto del gasto del sector privado. Estos estudios, basados en una pequeña encuesta de los reclamos presentados a las compañías de seguro y en la extrapolación de datos cualitativos, indican que el gasto total en servicios de atención de salud en Trinidad y Tabago como porcentaje del PIB es aproximadamente de 4,7%, con un total de TTS 1.100 millones en 1993—2,4% y 2,3% del gasto de los sectores público y privado, respectivamente—. Se consideró que las estimaciones de los desembolsos del sector privado son conservadoras.

Cooperación técnica y financiera externa

Como país de medianos ingresos, Trinidad y Tabago no reúne los requisitos para recibir mucha asistencia de donantes. Los principales aportes provienen de la OPS, el PNUD y, en 1993–1995, del BID, para estudios de diseño de la reforma del sector salud, por un total de US\$ 5,2 millones. Aunque el porcentaje de asistencia es pequeño (alrededor de 1% a 2%), tiene un gran efecto porque suele proporcionarse en un campo prioritario señalado por el Gobierno y en forma de cooperación técnica o servicios de consulta. De otra forma, el Gobierno de Trinidad y Tabago no podría acceder a muchos de esos servicios por la falta de flexibilidad del reglamento financiero nacional. En el futuro, cuando la reforma del sistema acabe con esta inflexibilidad, el Ministerio de Salud y las ARS necesitarán establecer nuevos sistemas de consecución, asignación y uso de fondos de cooperación técnica.

URUGUAY

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La República Oriental del Uruguay es el estado de menor extensión territorial de América del Sur, con un territorio de 176.215 km². La economía del país se fundamenta en el sector agropecuario, en especial la ganadería, sin recursos mineros apreciables y con una industria basada en la elaboración de productos agrícolas y ganaderos. Desde la creación del Mercado Común del Sur (Mercosur), el sector terciario de servicios ha comenzado a ganar importancia. La población es de poco más de 3 millones de personas, de las que 51,6% son mujeres. Del total de la población uruguaya, 89,1% reside en áreas urbanas y 42,2% en el departamento de Montevideo.

La forma de gobierno es democrática representativa, con renovación de las autoridades nacionales y municipales mediante elecciones cada cinco años. El Poder Ejecutivo está constituido por un presidente y 12 ministros y el Legislativo recae en 30 senadores, el vicepresidente de la República y 99 diputados. El Poder Judicial tiene su máxima instancia en la Suprema Corte de Justicia. Administrativamente el país está dividido en 19 departamentos. Los gobiernos departamentales y municipales poseen poca autonomía del gobierno central, pero pueden crear o eliminar ciertos tipos de impuestos y tienen responsabilidades en la asistencia de salud. El departamento más pequeño en extensión es el de Montevideo, que es también el de mayor número de habitantes. El Uruguay no tiene división por regiones. Al analizar datos departamentales suelen considerarse por una parte los de Montevideo y por otra, los del interior, es decir, los otros 18 departamentos. El proceso político reciente más destacable fue la aprobación de una reforma de la Constitución Nacional mediante un plebiscito en diciembre de 1996.

La reforma del sistema de seguridad social, aprobada por ley a fines de 1995, permite la actuación de empresas privadas en el mercado de las pensiones y jubilaciones. Estas em-

presas se denominan Administradoras de Fondos de Asistencia Previsional (AFAP).

En 1995 el Gobierno inició de manera muy decidida la reforma de la educación, con el propósito de fortalecer el sistema de educación pública —no el privado— en sus cuatro áreas: educación primaria, secundaria, técnico-profesional, y formación y perfeccionamiento docente. Uno de los principales objetivos es extender la enseñanza preescolar a todos los niños de 4 y 5 años de edad, tal como comenzó a hacerse en 1997.

En 1995 estaban inscriptos en todos los niveles de la educación primaria, secundaria y técnico-profesional pública y privada (excluida la educación universitaria) unos 700.000 alumnos. De estos, 166.500 eran estudiantes de enseñanza secundaria y técnico-profesional del sistema público.

Situación económica y social

El proceso económico más destacable fue la creación del Mercosur a mediados de 1993, ya en pleno ejercicio del convenio firmado entre Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. El Mercosur permite el libre tránsito de bienes y servicios entre estos países y nivela los aranceles para terceros países en diversos productos.

El crecimiento anual del producto interno bruto (PIB) en 1994 fue de 6,8%; en 1995 de 2,4% y en 1996 de 4,9%. Para 1997 se esperaba un aumento del PIB de 3%. Entre 1985 y 1990 la inflación osciló de 60% a 80% anual. En 1991 alcanzó 82% y luego se redujo, hasta 24% en 1996. El Instituto de Economía de la Universidad de la República estimaba que la inflación sería en 1997 de 20%; el Gobierno preveía que oscilaría entre 14% y 17%. El déficit fiscal fue equivalente a 1,7% del PIB en 1996. Hasta 1991 la balanza comercial presentó un saldo positivo y a partir de 1992 se negativizó. En 1996 el saldo negativo fue de US\$ 925,6 millones.

Entre 1984 y 1996 el salario ganó poder adquisitivo a una tasa anual de 2,3% (3,2% en el empleo privado y 1,3% en el

empleo público), mientras que los pasivos (jubilados y pensionistas) aumentaron su poder adquisitivo a una tasa anual de 5,5%. Desde 1992 hasta marzo de 1997 el salario mínimo nacional —en dólares a la cotización del momento— no varió significativamente. En 1992 fue de US\$ 89,6 mensuales; en 1994 de US\$ 87,7; en 1996 de US\$ 92,4 y en marzo de 1997 de US\$ 90,5. En 1990 el desempleo afectó a 8,5% de la población económicamente activa. En 1995 llegó a 10,3% y en 1996, a 11,9%. Se estima que en 1997 será cercano a 11%.

En el *Panorama social de América Latina 1996*, la CEPAL señala que el crecimiento económico y la disminución del ritmo inflacionario influyeron notablemente en la reducción de la pobreza urbana de 12% en 1991 a 6% en 1994.

La disminución global de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) en todo el país en el período 1984–1994 fue de aproximadamente 40%. Esta reducción puede tener relación con los programas de vivienda, la extensión del abastecimiento de agua potable y el acondicionamiento de los servicios sanitarios en las zonas urbanas del interior. En la población de Montevideo el porcentaje de personas con NBI ha pasado de 14,7% en 1984 a 9,1% en 1994. En las zonas urbanas del interior se redujo de 28,9% en 1984 a 17,3% en 1994. La desagregación de las NBI por edades señala que los menores de 15 años son los que presentan mayores índices de NBI.

En las zonas urbanas del interior 3,5% de las viviendas carecen de abastecimiento de agua potable y 2,2% no cuentan con un adecuado sistema de eliminación de excretas. En 1996, en Montevideo, 98,8% del total de las viviendas disponían de agua potable por cañería.

Población

Según el Censo Nacional de mayo de 1996, el Uruguay contaba con una población de 3.163.763 personas, 42,5% residentes en el departamento de Montevideo y 90,8% habitantes de centros urbanos. El censo mostró una disminución de la población rural que continúa la tendencia observada en censos anteriores. La tasa anual media de crecimiento de la población en el período 1985–1996 fue de 0,6%.

La tasa bruta anual de natalidad fue durante el quinquenio 1990–1995 de 17,6 nacidos vivos por 1.000 habitantes. En el mismo período la tasa general de fecundidad fue de 70,6 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 49 años de edad. La tasa global de fecundidad fue de 2,33 hijos por mujer. La tasa bruta de reproducción neta fue de 1,14 hijas por cada mujer de 15 a 49 años.

En 1995 la tasa bruta de mortalidad fue de 10,0 por 1.000 habitantes y la esperanza de vida al nacer de 73,3 años para ambos sexos, 69,3 años para los hombres y 77,4 años para las mujeres. La estructura por edad muestra una población claramente envejecida, con una gran proporción en el grupo de eda-

des avanzadas y proporciones bajas y con tendencia decreciente de población infantil y juvenil. En 1996, 25,1% de la población estaba compuesta por menores de 15 años de edad, 62,1% por adultos de 15 a 64 años y 12,8% por personas de 65 y más años. La tasa anual de crecimiento del grupo de personas de 65 y más años es cuatro veces mayor que la del promedio del país.

La proporción de personas alfabetizadas en 1996 llegó a 95,7%. Ha habido un incremento sostenido del promedio de años de escolaridad en la población adulta de 15 años y más. Los años de escolaridad obligatoria son nueve, de los que seis corresponden a la enseñanza primaria y tres a la enseñanza media.

Mortalidad y morbilidad

En el Uruguay se registran 100% de las muertes y todos los certificados de defunción son cumplimentados por un médico. En 1995 hubo 31.700 defunciones en todo el país. De ese total, 4% correspondieron a menores de 5 años y 70,6% a personas de 65 años y más.

Del total de defunciones en 1996, 6,8% correspondieron a “signos, síntomas y estados morbosos mal definidos”. La tasa de mortalidad general, de 8 por 1.000 en los años cincuenta, ascendió lentamente desde entonces hasta llegar a 9,9 por 1.000 en 1995. La tendencia de la mortalidad proporcional por edades muestra una disminución en todos los grupos, excepto en el de 65 años y más. En este grupo se produjo un aumento de la mortalidad proporcional de 70,6% entre 1980 y 1995.

La tasa de mortalidad infantil para todo el país fue 19,6 por 1.000 en 1995 y 17,5 por 1.000 en 1996. Casi la totalidad (99%) de los nacimientos ocurren en un hospital y 100% son certificados por un médico o un partero universitario. El subregistro de nacimientos es muy bajo, de 2,3%. Los nacimientos no registrados suelen ser detectados posteriormente a través de diversos mecanismos.

No existen datos confiables sobre morbilidad de las enfermedades más prevalentes. Sin embargo, el Ministerio de Salud Pública recoge de manera rutinaria ciertos datos de morbilidad, casi exclusivamente los de consulta externa y solo para la población que utiliza los servicios del Ministerio. Estos datos presentan subregistro y no se procesan de forma regular. A excepción del sistema de notificación de enfermedades de declaración obligatoria, no existe en el país un sistema de información que recolecte los datos de morbilidad de todas las instituciones del país.

En 1996 el Ministerio de Salud Pública realizó, en colaboración con el BID, un estudio de la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuible a distintas causas. Sus resultados fueron concordantes con lo que ya se sabía: que las enfermedades no transmisibles son con mucho las de mayor importancia en el Uruguay y las que producen la mayor pérdida

de AVAD, muy por delante de las enfermedades transmisibles y las causas externas (homicidios y lesiones no intencionales).

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño (menor de 5 años)

En 1996 hubo 58.928 nacimientos en todo el Uruguay y fallecieron 1.033 niños menores de 1 año de edad, de manera que la tasa de mortalidad infantil fue 17,5 por 1.000. La mortalidad neonatal fue de 9,6 por 1.000 y la mortalidad posneonatal de 7,9 por 1.000. Del total de muertes de menores de 1 año, 48% se produjeron en servicios de salud públicos, 31% en establecimientos privados y 17% en domicilios.

En 1996 las principales causas de muerte de menores de 1 año fueron las anomalías congénitas (3,3 por 1.000 nacidos vivos), la enfermedad de la membrana hialina (1,8 por 1.000), las infecciones respiratorias agudas y neumonías (1,4 por 1.000) y la prematuridad, la sepsis neonatal y el síndrome de aspiración meconial (cada una de estas causas con una mortalidad específica de 1,1 por 1.000).

Las principales causas de egreso de menores de 1 año en los hospitales del Ministerio de Salud Pública en el interior del país fueron las infecciones respiratorias agudas (28%) y las infecciones intestinales (17%). No hay información del sector privado, aunque se estima que la situación es similar. En la población infantil de 1 a 4 años de edad las tres principales causas de defunción en 1995 fueron los accidentes y efectos adversos (16,1 por 100.000), los tumores malignos (10,2 por 100.000) y las anomalías congénitas (6,3 por 100.000).

La salud del niño en edad escolar primaria (de 5 a 9 años)

En 1995, los accidentes (con una tasa de mortalidad de 12,8 por 100.000), los tumores malignos (3,5 por 100.000) y las anomalías congénitas (2,7 por 100.000) contribuyeron a 41% de las defunciones de niños de 5 a 9 años de edad. En el grupo de 5 a 14 años los traumatismos en general fueron la primera causa de egreso hospitalario (15%) y las infecciones respiratorias agudas, la segunda (10%).

La salud del adolescente (de 10 a 14 años)

La mortalidad por accidentes persistió en 1995 como principal causa de mortalidad en el grupo de 10 a 14 años de edad. En este grupo de edad la mortalidad por accidentes re-

presenta 60,5 del total de las defunciones por accidentes de todo tipo en todos los grupos de edad. Los tumores malignos fueron la segunda causa de mortalidad en este grupo y las enfermedades del aparato circulatorio la tercera.

La salud del adulto (de 15 a 64 años)

Del total de 31.700 defunciones ocurridas en el país en 1995, 23,0% se produjeron en el grupo de 25 a 64 años. Entre los 15 y los 34 años la primera causa de muerte fueron —como en el grupo de 1 a 14 años— los accidentes y efectos adversos (CIE-9, E47-E53). Entre los 35 y los 64 años los tumores malignos (el cáncer de mama en mujeres y el de pulmón en hombres) fueron la principal causa de muerte, seguidos por la enfermedad cardiovascular.

La tasa de mortalidad materna fue de 2,1 por 10.000 en 1994, año en que se registraron 12 muertes maternas en todo el país. Se estima que existe un subregistro importante de la mortalidad materna, pero se desconoce su importancia exacta.

En la población adulta 34% de los egresos de centros sanitarios del Ministerio de Salud Pública corresponden a partos normales, seguidos por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio (16%), traumatismos y envenenamientos (7%) y trastornos mentales (3%).

La salud del adulto mayor (de 65 años y más)

La proporción del total de muertes que ocurren a partir de los 65 años de edad muestra una tendencia creciente, más acentuada en el sexo femenino. La primera causa de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares y la segunda, los tumores. Entre las enfermedades cardiovasculares, la cardiopatía isquémica ocupa el primer lugar en el grupo de 65 a 79 años, y la enfermedad cerebrovascular a partir de los 80. La segunda causa de defunción en el grupo son las neoplasias malignas, siendo las más frecuentes las de tráquea, bronquios y pulmón entre los 65 y 79 años, y las de recto y colon a partir de los 80.

Un problema considerado prioritario en este grupo de edad por el Ministerio de Salud Pública es el aislamiento social, en particular el de las mujeres que viven solas.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. En el país no se dan casos de malaria, dengue, peste, esquistosomiasis o

fiebre amarilla. *Aedes aegypti* fue erradicado del Uruguay en 1958. Sin embargo, en 1997 se comenzaron a encontrar larvas no infectadas de dicho mosquito en zonas fronterizas con la Argentina. Existen pruebas de que en 1997 se interrumpió la transmisión de la enfermedad de Chagas en el país.

Enfermedades inmunoprevenibles. No se han notificado casos de poliomielitis, tétanos neonatal o difteria desde hace más de tres quinquenios. Se notificaron 11 casos de tos ferina en 1994, 69 casos en 1995 y 17 casos en 1996. De sarampión se registraron 12 casos en 1994, 5 en 1995 y solo 1 caso en 1996. De tétanos no neonatal hubo 2 casos en 1994, 2 en 1995 y 1 en 1996.

En 1996 la cobertura de vacunación con la BCG en los menores de 1 año fue de 98%. Las coberturas correspondientes fueron de 89% con tres dosis de la vacuna DPT (difteria, tos ferina y tétanos), 89% con tres dosis de la vacuna oral de poliovirus vivos y 85% con la vacuna MMR (sarampión, parotiditis y rubéola).

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. La epidemia de cólera que se inició en 1991 en el continente americano no se extendió al Uruguay, donde no se registraron casos durante la presente década. Como causa de mortalidad de menores de 1 año la diarrea aguda ocupó el octavo lugar en 1995, con una tasa de 0,4 por 100.000 nacidos vivos. En 1996 se notificaron 3.565 casos de hepatitis vírica y un caso de fiebre tifoidea.

Enfermedades crónicas transmisibles. La tasa de mortalidad específica por tuberculosis fue de 2,8 por 100.000 en 1986 y 2,2 en 1995. La incidencia de tuberculosis en todas sus formas fue 19,3 por 100.000 habitantes en 1995. La lepra ha dejado de ser un problema de salud prioritario. La prevalencia en 1996 fue de 3,8 por 100.000 habitantes, con tendencia descendente.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas ocuparon el sexto lugar como causa de mortalidad de menores de 1 año en 1995, con una tasa de 5,6 por 100.000 nacidos vivos.

Rabia y otras zoonosis. En los últimos 10 años no se han notificado casos de rabia humana ni canina. La tasa de prevalencia quirúrgica de hidatidosis (número de personas operadas de quiste hidático respecto al total de población) que en 1993 fue de 12,4 por 100.000 habitantes, en 1994 se redujo a 10,5 y en 1995 a 9,4.

Sida y sífilis. Desde 1983 hasta el 31 de enero de 1997 se notificaron 851 casos de sida. Se notificaron 103 casos en 1993, 119 en 1994, 127 en 1995 y 156 en 1996. En enero de

1997 se notificaron 11 casos. La letalidad por sida es de 56% para los 851 casos notificados. Aproximadamente 60% de los VIH seropositivos y enfermos de sida son usuarios de establecimientos sanitarios del Ministerio de Salud Pública. Desde 1983 hasta el 31 de enero de 1997 se notificaron 2.153 personas con serología positiva a VIH. En 1993 se notificaron 239 seropositivos, 242 en 1994, 257 en 1995 y 309 en 1996. Durante el mes de enero de 1997 se notificaron 23 casos. El último estudio centinela de VIH, realizado a fines de 1996, mostró una prevalencia de 0,2% en la población general, lo que significa que habría unas 6.300 personas infectadas en el país. En el estudio realizado en 1995, la prevalencia estimada fue de 0,24%.

El sida continúa predominando en el sexo masculino —en 1996 hubo 4,6 hombres enfermos por cada mujer— y la forma de transmisión predominante es la sexual (68,7%), mucho más frecuente que la transmisión sanguínea por drogadicción intravenosa (26,9%). No hay casos seropositivos atribuidos a transfusión sanguínea, pero está en aumento la transmisión maternoinfantil, que en 1992 representó 2,6% del total de casos acumulados desde 1983 y al 31 de enero de 1997 representaba 4,3% del total.

En 1996 se notificaron 879 casos de sífilis.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. En el Uruguay el consumo de grasas ha sido siempre muy elevado. Un informe de la FAO y la OMS indicó en 1993 que en el consumo calórico total, 32% de las calorías provienen de las grasas.

En la Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares de 1994–1995 se comprobó que a medida que aumenta el ingreso se incrementa la proporción de calorías consumidas provenientes de grasas. En los hogares más pobres, 24% del total de las calorías consumidas proviene de las grasas, mientras que en los hogares más ricos la proporción es de 34%. El consumo diario de colesterol en la dieta es también muy elevado, y la ingesta diaria de colesterol también se incrementa a medida que aumentan los ingresos. El consumo de pescado es muy bajo y también se incrementa con el ingreso, pero es muy escaso a todos los niveles.

El consumo de frutas y hortalizas es escaso, pero la tendencia es al aumento. Según la Encuesta de Gastos e Ingresos, el promedio de consumo diario de fibra es de 23 g en el interior y de 24 g en Montevideo, donde los hogares que ocupan el decil inferior en la distribución de ingresos consumen un promedio diario de 18,7 g de fibra, mientras que en el decil de hogares más ricos, el promedio es de 28 g.

Hay una alta prevalencia de obesidad en algunos sectores de la sociedad. Por ejemplo, de los niños asistidos en institu-

ciones de asistencia médica colectiva (IAMC), 9% presentaron obesidad, proporción que fue solo de 3% en los niños asistidos por el subsector público. En una muestra representativa de 4.000 adultos de la ciudad de Montevideo se halló exceso de peso u obesidad —definida según el índice de masa corporal— en 47% de los hombres y 58% de las mujeres, con una fuerte asociación estadística entre la obesidad y el bajo nivel socioeconómico en las mujeres. En el sexo masculino la asociación fue inversa y también de menor intensidad.

Según un informe ministerial presentado en 1997, en 5.543 menores de 5 años atendidos en instalaciones del Ministerio de Salud Pública entre 1994 y 1997, 28% presentaron retraso del crecimiento determinado según la talla para la edad.

El bocio endémico y la ceguera por hipovitaminosis A no constituyen problemas de salud pública en el Uruguay. Desde 1963 se yoda la sal de uso doméstico.

La prevalencia de diabetes en el país se estima en 7,6% en los varones de más de 18 años y en 10,0% en las mujeres de las mismas edades. La diabetes ocupa el quinto lugar como causa de defunción, con una tasa de 20,2 por 100.000 habitantes.

Según un estudio realizado en octubre de 1996, 50,5% de los niños menores de 1 mes de edad no reciben lactancia materna exclusiva. La tasa de lactancia materna exclusiva es de 37,5% en los menores de 4 meses de edad y la de alimentación complementaria oportuna, de 30% en los niños de 6 a 9 meses.

Enfermedades cardiovasculares. Desde hace 40 años las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar como causa de muerte en el Uruguay, con 30% del total de las defunciones en 1996. La tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, de 357 por 100.000 en 1995, se ha mantenido relativamente estable en los últimos años. A la hipertensión arterial se atribuyen anualmente unas 400 defunciones, a la enfermedad isquémica del corazón unas 3.700 y a las enfermedades cerebrovasculares, 3.500. Del total de muertes por enfermedad cardiovascular, 80% corresponden al grupo de 60 años y más. La cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares aportan en conjunto más de 63% de las muertes por enfermedad cardiovascular.

En estudios recientes (1991–1993, 1995), la hipertensión arterial ocupó uno de los primeros lugares como motivo de consulta a los servicios de salud. En una encuesta realizada en Montevideo se halló hipertensión en 20% de la población adulta. En la población general de las ciudades de Rivera y Tacuarembó la prevalencia de hipertensión fue de 24%, con 15% de prevalencia de tensión arterial limítrofe con hipertensión. En dos investigaciones en trabajadores para la expedición del carné de salud en Montevideo y San José se hallaron proporciones de hipertensos de 7% y de 10%, respectivamente.

Tumores malignos. En 1995 murieron 7.029 personas en el Uruguay por todo tipo de tumores. La tasa de mortalidad específica fue de 221,9 por 100.000 habitantes, mayor en hombres (263,7 por 100.000) que en mujeres (182,2 por 100.000). El cáncer continúa siendo la segunda causa de mortalidad, con 22,3% de las defunciones (1995). Como en años anteriores, el cáncer de pulmón es la primera causa de mortalidad neoplásica en los varones, seguido por los cánceres de próstata, recto y colon, estómago y esófago. En las mujeres, el cáncer de mama sigue ocupando el primer lugar, seguido por los de recto y colon, estómago, cuerpo y cuello uterino, y páncreas.

Accidentes y violencia. Los accidentes y efectos adversos constituyeron en 1995 la tercera causa de defunción, con 7,1% del total de muertes. La tasa de mortalidad correspondiente fue 70,3 por 100.000, lo que supone un aumento durante los últimos años (en 1991 fue de 45,2 por 100.000). Una posible razón de este aumento es el crecimiento del parque automotor en el país, que casi se triplicó entre 1991 y 1996.

Los accidentes en general y en especial los accidentes de tráfico son la primera causa de defunción en el grupo de menores de 30 años y dan cuenta de 28% de las defunciones de niños de 1 a 4 años y de 50% de las defunciones en el grupo de 15 a 19.

A partir de noviembre de 1995 se inició el registro de todos los accidentes de tráfico que ocasionan algún tipo de lesión física y obligan a trasladar a los accidentados a un servicio de urgencia. En diciembre de 1996 el Registro de Lesionados, radicado en el Ministerio de Salud Pública, funcionaba en la mayoría de los departamentos del país. Según sus datos, 56% de los lesionados en accidentes de tráfico fueron personas de 15 a 39 años de edad.

En marzo de 1997 se iniciaron las determinaciones de alcohol en aire espirado y de la alcoholemia a los conductores en Montevideo y diversas rutas nacionales. Según la ley, las personas que se niegan a la medición en aire espirado son consideradas como probablemente intoxicadas y pasan al juez competente. Se admiten hasta 0,8 mg de etanol por 100 ml en los conductores y 0 mg en los conductores profesionales.

Trastornos del comportamiento. En una encuesta realizada en 1995 para estudiar la prevalencia del tabaquismo en el Uruguay, casi 22% de una muestra representativa de las personas de más de 13 años de edad residentes en áreas urbanas de todo el país admitieron ser fumadores regulares. La prevalencia de tabaquismo fue mayor en Montevideo (23,6%) que en el interior del país (20,2%), con predominio en el sexo masculino (2,2 varones fumadores por cada mujer), siendo el grupo más fumador el de 30 a 39 años. Mientras que en los varones los fumadores predominan en las capas con nivel básico de instrucción, dedicados a tareas físicas, con ingresos bajos y

larga jornada laboral, en las mujeres las fumadoras predominan en grupos con nivel de instrucción medio o superior, dedicadas a tareas de tipo intelectual y con ingresos altos.

No existe buena información sobre el alcoholismo. La tasa de mortalidad por cirrosis hepática evolucionó de 8,5 por 100.000 en el período 1986–1991 a 11,0 por 100.000 en 1995, con un claro predominio en el sexo masculino.

La tasa de mortalidad específica por trastornos mentales aumentó significativamente, de 7,2 a 24,8 por 100.000 entre 1984 y 1995.

Salud oral. Se logró un descenso del índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) de 4,1 en 1991 a 2,5 en 1996 en los niños menores de 12 años en todo el país.

A partir de 1991 se inició la venta de sal fluorurada. Del total de ventas de sal para uso doméstico en el país en 1996, 60% fue fluorurada.

Enfermedades emergentes y reemergentes. En febrero de 1997 se diagnosticó en el Uruguay el primer caso de hantavirus, confirmado por laboratorio, en un paciente que sobrevivió. En 1996 se notificaron 382 casos de meningitis en todo el país.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La Constitución de la República establece que “el Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país (...) Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistir en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”. Ya en 1934 se había promulgado la Ley Orgánica de Salud Pública, que creó el ministerio correspondiente y estableció sus cometidos en materia de higiene pública, asistencia, vigilancia y establecimiento de normas.

El Ministerio de Salud Pública es el organismo responsable de establecer normas y regular el sector, desarrollar programas preventivos y administrar sus servicios asistenciales. En los últimos años ha habido continuidad de las políticas del Ministerio en relación con la descentralización de los servicios —iniciada en 1987 y acelerada a partir de 1995—, la concentración de las acciones en problemas prioritarios y el mantenimiento de un moderado control estatal del sector privado.

El Gobierno desarrolla un proceso de reforma de las políticas sociales, orientado a mejorar la gestión pública, aumentar

la productividad, readecuar los servicios y racionalizar el gasto. Se considera prioritaria la reforma del sector público que paulatinamente debe dejar de ofrecer directamente los servicios no sustantivos del Estado. Esto se ha reflejado en una política del Ministerio orientada a aumentar su eficacia y eficiencia, manteniendo su deber de asegurar el acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad y eficiencia aceptables. Se propone una disminución paulatina de sus actividades en la prestación directa de servicios, mediante el traspaso a terceros de funciones consideradas como no sustantivas y la redistribución de responsabilidades y de recursos a través de la aplicación de un modelo de gestión descentralizada de sus servicios de salud.

El Gobierno firmó en 1995 dos préstamos: uno con el Banco Mundial, para financiar el Proyecto de Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS) y otro con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para financiar el proyecto denominado Fortalecimiento del Área Social.

En el contexto del proyecto FISS, sobre la base de la estrategia jurídica aprobada en su momento por el Banco Mundial, se han elaborado dos anteproyectos de decretos, uno para crear un marco jurídico de funcionamiento de los hospitales públicos de gestión descentralizada y el otro para implementar el Registro Único de Cobertura Asistencial Formal, dependiente de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública. Este registro permitiría reunir la información necesaria sobre cobertura asistencial de todos los habitantes del país, detectando así los casos de doble cobertura asistencial —muy frecuente en el Uruguay— e identificando las situaciones en que ello determina un perjuicio para la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) si no opera la cancelación de la obligación por asistencia por parte de la institución que corresponda.

En los últimos años se tiende a separar las funciones de regulación y de fiscalización de la administración de la asistencia. A partir de 1987, con la creación de la ASSE como organismo autónomo dentro del Ministerio de Salud Pública comenzaron a diferenciarse ambas funciones. El proyecto de transformación de la ASSE en un servicio descentralizado apunta en la misma dirección. Igualmente, a partir de 1995 se crearon los directores departamentales de salud con funciones similares a las del Director General de la Salud pero de ámbito geográfico restringido a su departamento.

El Fondo Nacional de Recursos (FNR), creado en 1979, es una persona de derecho público, no estatal. Sus fines son recolectar y administrar los recursos necesarios para pagar los servicios de los llamados institutos de medicina altamente especializada. Los procedimientos que paga son de alta complejidad y de altos costos y está cubierta toda la población del país. El FNR financia intervenciones de cirugía cardíaca, implantación de marcapasos, prótesis de cadera, hemodiálisis crónica, trasplantes, tratamiento de quemados graves y, a partir de

1992, diálisis peritoneal crónica ambulatoria, prótesis de rodilla y litotricia. La lista de intervenciones cubiertas por el FNR puede ampliarse, reducirse o modificarse por resolución fundada de la Comisión Honoraria Administradora. Las fuentes de financiación del FNR son diversas, pero las esenciales son el aporte del Estado para la asistencia de los usuarios de los servicios del Ministerio y el aporte de las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), para cubrir la atención de sus afiliados, en general personas de ingreso medio o alto.

La reforma del sector salud

La estrategia para llevar a cabo la reforma del sector salud se basa en la revalorización de la atención primaria, el mejoramiento de la coordinación entre los sectores público y privado, la modernización del sistema de información en salud, el fortalecimiento del nivel ministerial central y la descentralización de los hospitales del Ministerio de Salud Pública.

Está en estudio la creación de un sistema de información sectorial de alcance nacional, cuyo desarrollo debe obligar a la selección de datos, a la producción de información adecuada al nuevo modelo de atención y a la implementación de una red de comunicaciones que vincule al conjunto de las instituciones públicas y privadas del sector.

El fortalecimiento del nivel ministerial central significa mejorar la capacidad de gobierno en la dirección del sistema, en la formulación de planes y programas de salud, en el establecimiento de normas técnicas, administrativas y financieras, en la coordinación de las actividades de los organismos públicos y privados y en la supervisión, auditoría y evaluación del cumplimiento de políticas y planes.

El proceso de descentralización de la gestión de los hospitales del Ministerio se inició en 1987 cuando se creó la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), organismo público encargado de administrar los establecimientos hospitalarios pertenecientes al Ministerio.

En 1995 el Gobierno envió al Parlamento un proyecto de ley de presupuesto quinquenal que en uno de sus artículos establecía la descentralización de la ASSE. Dicho artículo no fue aprobado, quizá por la presión del sector privado del interior del país, que percibió a la ASSE como un potencial competidor.

El Ministerio ha continuado impulsando la descentralización, especialmente con la propuesta de crear hospitales públicos de gestión descentralizada. Los fines de ese proyecto —financiado por el Banco Mundial— son mejorar la gestión y administración de las unidades asistenciales, aumentar la eficiencia en la asignación y manejo de los recursos del sector, favorecer la coordinación funcional con el sector privado y obtener una utilización racional de la infraestructura hospitalaria existente.

Con la creación de hospitales públicos de gestión descentralizada se pretende mejorar la capacidad resolutoria de los servicios asistenciales, garantizando niveles de calidad de gestión reconocidos, así como formular un nuevo modelo de gestión del hospital público, basado en la medición de sus procesos y resultados y centrado en los costos y la calidad de los servicios. Cada hospital debe preparar presupuestos que definan el producto hospitalario, sus procesos de gestión y costos, lo que permitirá la evaluación de los servicios que se brindan, tanto en eficiencia como en eficacia técnica. También se busca definir un marco legal propio para la gestión de los hospitales e introducir los conceptos de responsabilidad de gestión y de dirección en la utilización de recursos y en la obtención de resultados.

En el proceso de transformación del hospital público en hospital de gestión descentralizada el Estado debe garantizar el acceso de la población a los servicios de salud, asumiendo una función reguladora del sistema. Ello implica establecer modalidades alternativas de intervención en el mercado que contribuyan a garantizar un acceso más equitativo de la población a los servicios de salud, con el efecto consiguiente de redistribución del ingreso.

Dentro de la estrategia de reforma del sector salud se halla el llamado Proyecto Centro Médico. Dicho proyecto —financiado por un préstamo del BID por unos US\$ 80 millones— tiene como objetivo general “contribuir a la adecuación del sistema de salud a la realidad específica del país” y como objetivos específicos mejorar la formación de los recursos humanos y redefinir la función del Hospital Universitario en la red nacional de instituciones de salud.

Entre los obstáculos que han entorpecido el proceso de reforma y descentralización cabe mencionar la cultura centralista del país y los intereses creados de grupos de poder.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El subsector público del sistema de salud está compuesto por los servicios dependientes del Ministerio —prestados a través de la ASSE—, la Universidad de la República —a través del Hospital de Clínicas— los servicios de atención de salud de las intendencias municipales, la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad Policial y los servicios médicos de otras entidades públicas y entes autónomos. La ASSE proporciona servicios asistenciales a la población de escasos recursos. Dispone de 65 establecimientos asistenciales en todo el país, con 8.553 camas ubicadas en hospitales para pacientes agudos o crónicos (unas 2.300 para crónicos). El Hospital Universitario, con 700 camas, brinda atención de tercer nivel a los usuarios del Ministerio y mediante el pago de un arancel al resto de la población.

La Sanidad de las Fuerzas Armadas tiene una cobertura aproximada de 220.000 personas y posee un hospital con 447 camas. La Sanidad Policial posee un hospital de 70 camas y tiene una cobertura aproximada de 120.000 personas.

El Banco de Previsión Social cubre la atención del embarazo y del parto de las trabajadoras o esposas de trabajadores, así como la atención pediátrica hasta los 6 años de edad. Posee un hospital propio y varios centros materno infantiles en Montevideo y en el departamento de Canelones. En el interior del país contrata los servicios con el Ministerio de Salud Pública o las instituciones de asistencia médica colectiva.

El Banco de Seguros del Estado cuenta con un hospital de 160 camas en Montevideo y contrata servicios a terceros en el interior. Cubre las enfermedades ocupacionales y los accidentes de trabajo de los trabajadores cubiertos por la Dirección de los Seguros Sociales de Enfermedad.

Las intendencias municipales de todo el país brindan servicios de atención ambulatoria a la población general.

Los entes autónomos y servicios descentralizados son organismos estatales y paraestatales. Ofrecen servicios médicos muy diversos, desde la internación hasta el pago de la cuota de afiliación a un seguro privado, a elección del beneficiario.

El subsector privado está integrado por 53 instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), 68 seguros parciales de salud, varios institutos de medicina altamente especializada, los consultorios médicos particulares de pago por acto, sanatorios privados y algunas compañías de seguros extranjeras.

De todas las instituciones públicas y privadas del sector, las más importantes por cobertura son las IAMC, que atienden aproximadamente a 55% de la población. La cobertura pública mediante la ASSE llega aproximadamente a 28%, y con la sanidad militar y policial aproximadamente a 10%. Aunque se desconoce, se estima que la cobertura real de los seguros parciales alcanza un porcentaje importante de la población. Se estima que los seguros registrados en el Ministerio de Salud Pública proporcionan cobertura a unas 800.000 personas. Cubren ciertos tipos de atención médica, quirúrgica, de urgencias u odontológica.

Las IAMC son organizaciones privadas, sin fines de lucro, que ofrecen servicios a través de un seguro de salud prepago. Pueden ser de tres tipos: asociaciones asistenciales, inspiradas en los principios de la solidaridad y que mediante seguros mutuos otorgan a sus asociados asistencia médica; cooperativas profesionales, que proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social es aportado por los profesionales correspondientes; y servicios de asistencia, creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar sin fines de lucro atención médica al personal de dichas empresas y a sus familiares.

Las IAMC son organizaciones independientes y competitivas entre sí. El Estado ejerce algún control jurídico y técnico sobre ellas, pero poseen alto grado de autonomía. En 1983 se

determinó por decreto que ninguna puede tener menos de 10.000 afiliados; la mayor tiene 280.000. Existen tres tipos de afiliación a una IAMC: afiliación colectiva estatal a través de la Dirección de los Seguros Sociales de Enfermedad, afiliación colectiva realizada por empresas privadas, y afiliación individual, en general de miembros de la familia de afiliados de alguna de las categorías anteriores.

Unas 35 IAMC son cooperativas de producción o de trabajo de grupos de médicos y están distribuidas en el interior del país, agrupadas en la llamada Federación Médica del Interior.

Los trabajadores de empresas privadas se suscriben a través de la Dirección de los Seguros Sociales de Enfermedad a un seguro obligatorio de enfermedad que los afilia a la IAMC de su elección, con una cobertura total de salud pero que no brinda atención a los dependientes. En caso de desempleo, el seguro cubre el período de mantenimiento del trabajador en el seguro de desempleo, hasta seis meses.

Las comisiones honorarias son instituciones de derecho público no estatal y se financian mediante porcentajes determinados de diferentes impuestos (de alcohol, tabaco, etc.) y tasas. Están integradas por delegados de instituciones públicas y privadas, incluidos gremios y organizaciones no gubernamentales. Hay cuatro comisiones honorarias de carácter nacional. La Comisión Honoraria para Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes tiene como principal cometido combatir la tuberculosis en todo el territorio nacional, hacerse cargo de todas las actividades de vacunación del país y de la detección selectiva del hipotiroidismo congénito. Las otras tres comisiones honorarias se ocupan de la salud cardiovascular, la lucha contra el cáncer y la lucha contra la hidatidosis.

Legislación sanitaria

En 1987 se creó por ley la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), como organismo autónomo del Ministerio de Salud Pública. La ASSE tiene capacidad para transferir a los gobiernos departamentales la administración o el uso de establecimientos asistenciales propios y puede convenir con las IAMC el uso parcial de sus establecimientos.

El Fondo Nacional de Recursos fue creado en 1979 y entró a funcionar plenamente en 1981. Está dirigido por una Comisión Honoraria Administradora asesorada por varias comisiones técnicas.

En 1981 se promulgó la ley que regula la creación de las IAMC y en 1983 el decreto que reglamenta las inversiones en servicios de atención médica de las IAMC. En 1989 una ordenanza estableció las normas referentes a los seguros parciales de salud.

Al aprobarse la Constitución de 1967 se creó el Banco de Previsión Social (BPS), fijándole como cometidos "coordinar

los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social". El BPS centraliza la administración de los seguros de invalidez y administra igualmente las pensiones a la vejez.

En 1979 se alcanzó el máximo de centralización en materia de administración de seguros sociales al crearse una Dirección General de la Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y que absorbió las funciones del BPS e incorporó a su ámbito de actuación la administración de los seguros de enfermedad, cargas familiares, maternidad y desocupación. En 1986 se suprimió la Dirección General de la Seguridad Social y sus atribuciones fueron asumidas por el BPS, que se institucionalizó de nuevo.

En la reforma del Estado actualmente en curso se reafirman los dos cometidos sustantivos del Ministerio de Salud Pública: por una parte, la prevención y la asistencia gratuita a los indigentes y personas carentes de recursos suficientes; por otra, la promoción de la salud mediante el control y la disminución de los factores de riesgo asociados con enfermedades y el mejoramiento de la calidad, la oportunidad, la eficacia y la eficiencia de la atención a toda la población.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Programas de prevención y control de enfermedades. Desde hace varios años el Ministerio de Salud Pública considera prioritarios una docena de problemas, a saber: la morbilidad y mortalidad generadas por accidentes de tráfico; las enfermedades cardiovasculares; los hábitos tóxicos y adicciones; la mortalidad infantil y el embarazo y parto mal controlados; el sida; el cáncer de mama; el cáncer de pulmón; la salud oral; el aislamiento social de los ancianos; la enfermedad de Chagas; la hidatidosis; la violencia, en especial la doméstica; y las discapacidades por enfermedad ocular (ambliopía en niños y cataratas en ancianos) o auditiva.

En 1995 el Ministerio creó la Dirección de Promoción de la Salud, en la que se incluyó el Departamento de Educación para la Salud. Existe también la Junta Nacional de Drogas, dependiente directamente de la Presidencia de la República e integrada por varios organismos públicos.

El Uruguay se caracteriza por no tener desastres naturales de relevancia, a excepción de algunas inundaciones en invierno o incendios en verano. Frente a situaciones especiales como las mencionadas, se reúne el Comité Nacional de Emergencia, constituido por varios organismos públicos y directamente dependiente de la Presidencia de la República.

Sistemas de vigilancia epidemiológica. En el Uruguay existe un sistema único de vigilancia epidemiológica dirigido

y coordinado por el Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública. Su objetivo es recomendar oportunamente a las autoridades medidas eficaces a corto, mediano y largo plazo para prevenir o controlar las enfermedades sujetas a vigilancia o las situaciones de salud inusitadas o epidémicas.

Las fuentes regulares de la notificación son las personas obligadas a informar, que son básicamente los médicos o las direcciones técnicas de las instituciones de salud. Los puestos centinela son servicios de notificación voluntaria elegidos específicamente por tener un elevado número de usuarios y buena disposición a informar. Las enfermedades de notificación obligatoria incluyen las transmitidas por los alimentos.

El Banco Nacional de Sangre, dependiente del Ministerio, regula, supervisa y controla todos los bancos de sangre del país. La donación es voluntaria y no remunerada. Se hace un estricto control previo de los donantes, mediante interrogatorio y posterior serología para VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas. Las transfusiones son indicadas sin excepción por un médico, en la mayoría de los casos especialista en hemoterapia.

Servicios de agua potable y alcantarillado. Según el censo de 1985, 7,4% de la población carecía de abastecimiento de agua potable y el porcentaje de población con carencias críticas de saneamiento era de 8,5%. No se dispone de información reciente, pero según informes de Obras Sanitarias del Estado (OSE) en los últimos años se ha extendido la red de agua potable tanto en Montevideo como en el interior. El agua de la red tiene buenos controles sanitarios de potabilización y el abastecimiento corre exclusivamente a cargo de OSE, que se encarga también del control de las aguas superficiales y de las playas y de la información a la población del nivel de contaminación por colibacilos.

La cobertura de servicios de alcantarillado público llega a 43% de la población del país y a 51% de la población urbana. En Montevideo, la cobertura es de cerca de 80%. Cuando se complete la ampliación de dicho servicio —financiada con un préstamo del BID— se alcanzarán más de 95% de los hogares.

Servicios de manejo de residuos sólidos. La producción nacional de residuos sólidos de origen doméstico se estima en 2.000 toneladas diarias, que reciben diferentes formas de tratamiento según el departamento del país. En general destaca la carencia de una metodología racional para su disposición final. En cuanto a la disposición de los residuos hospitalarios, patogénicos y tóxicos, también se aprecian carencias para un adecuado manejo de los mismos.

Prevención y control de la contaminación atmosférica. Las condiciones favorables de dinámica atmosférica en el

país reducen la importancia de la emisión de contaminantes al aire. Así lo indican los datos de algunas mediciones en las que se determinó la concentración de partículas en suspensión y dióxido de azufre. Hay a veces episodios de contaminación en las zonas urbanas con actividad industrial, como consecuencia del uso de combustibles fósiles y de las actividades de la refinería de petróleo y fabricación de cemento.

Protección y control de los alimentos. Desde 1993 hasta mayo de 1997 se han confirmado por laboratorio 26 brotes de intoxicación alimentaria notificados al Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública. Los agentes bacterianos fueron la causa más frecuente (89%), los alimentos de origen animal los más incriminados (73%) y el domicilio la localización más frecuente del brote (46%).

Programas de ayuda alimentaria. Desde hace más de 20 años el Ministerio de Salud Pública cuenta con un programa de alimentación complementaria destinado a combatir la desnutrición y el bajo peso al nacer en la población cubierta por la ASSE, en concreto en los niños y embarazadas en situación de riesgo. Este programa ha sido reforzado por otros programas de ayuda alimentaria a cargo de organizaciones no gubernamentales y otros organismos vinculados al Gobierno y destinados no solo a las embarazadas y a los niños sino también a los adultos mayores.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

En lo fundamental la infraestructura física, tanto en el subsector privado como en el público, no ha tenido variaciones importantes en las últimas décadas, aunque ha habido remodelaciones y ampliaciones de las instalaciones. En Canelones y Las Piedras —ambos en el área metropolitana de Montevideo— se han construido dos nuevos hospitales que entrarán pronto en funcionamiento.

En el contexto de los proyectos de cooperación técnica del Banco Mundial y del BID está en estudio el redimensionamiento de la red asistencial. En Montevideo hay gran número de camas hospitalarias, con un alto porcentaje de ocupación y un promedio de internación elevado. En el interior del país, el promedio de internación es adecuado, pero el porcentaje de ocupación es de alrededor de 50%. Si para el número de egresos que produce el subsector público se aplica el período promedio de hospitalización del subsector privado, sería suficiente contar con la mitad de las camas, lo que implica la necesidad de reconsiderar no solo el número de establecimientos, sino fundamentalmente el funcionamiento dentro de cada uno.

El sector privado requiere autorización del Ministerio de Salud Pública para la construcción de nuevos hospitales y la importación de equipos de más de US\$ 20.000. El Ministerio puso en funcionamiento a mediados de los años ochenta una Unidad de Tecnología Médica, que analizaba los pedidos de ingreso de tecnología al país solicitados por el sector privado, no solo desde el punto de vista técnico, sino también en cuanto a su eficacia y su necesidad para el país. Sin embargo, una vez autorizado un equipo, al no haber regulación del precio cargado por su utilización se creaban situaciones de monopolio u oligopolio de difícil manejo, lo que promovió que grupos de poder presionaran y lograran evadir la reglamentación, importando equipos y llevando así a la disminución de los precios por efecto de la competencia. Por otra parte, el control solo afectaba al sector privado. En el sector público los equipos se adquirían sin más a demanda del director de la institución, según la disponibilidad de fondos, sin planificación fundamentada en la necesidad de la población o en el establecimiento de niveles de atención. Actualmente no existe presupuesto ni infraestructura adecuada, ni un programa de mantenimiento. El país no cuenta con un inventario nacional de equipamiento público o privado. No hay datos sobre disponibilidad de repuestos o capacitación del personal.

Se estima que el sector sanitario privado, formado por las IAMC y los sanatorios privados, tiene unas 3.500 camas de internación de agudos en todo el país. Las IAMC administran un total de 2.800 camas, de las cuales 1.800 están en Montevideo. Los sanatorios privados —5 en Montevideo y 34 en el interior— disponen en total de unas 700 camas.

Según datos de 1996, en las IAMC hay un promedio anual de 5,5 consultas por afiliado y 121 egresos hospitalarios y 495 días de hospitalización por cada 100 afiliados. El promedio de internación es de 4,2 días y en 37% de los partos se hace cesárea. Se emiten 10,9 recetas por afiliado y año y 1,9 recetas por consulta. Del total de afiliados de las IAMC 16% son mayores de 64 años.

Insumos para la salud

La provisión de medicamentos en el país es adecuada, sin que haya problemas ni en el sector privado ni en el público. Desde 1971 el Ministerio de Salud Pública publica periódicamente una lista de medicamentos esenciales (la última en 1996), con su denominación genérica internacional.

El gasto farmacéutico es de 15% a 20% del gasto total del sector. Las adquisiciones se realizan mediante licitación pública o negociación con los laboratorios. Los medicamentos que se comercializan deben estar registrados en la Dirección de Control de Medicamentos y Afines del Ministerio, donde se evalúan distintos aspectos, entre ellos la calidad, que es supervisada por el Laboratorio de Calidad del Ministerio.

Los medicamentos se proporcionan sin costo a quienes tienen el carné de asistencia del Ministerio.

La vacunación se realiza a través del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) del Ministerio, en servicios de vacunación tanto del sector público como del sector privado. La dirección del PAI es competencia de la Dirección de Epidemiología del Ministerio. En todos los puestos de vacunación (públicos y privados) las vacunas son gratuitas y se atiende a todas las personas sin excepciones. Las vacunas indicadas en el PAI (contra la tuberculosis, difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, rubéola y parotiditis) son obligatorias por ley. Además se vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b. Al personal de salud en riesgo por estar en contacto con enfermos y a quienes están en diálisis crónica se les vacuna también contra la hepatitis B.

Recursos humanos

En las categorías de médicos, dentistas, farmacéuticos y auxiliares de enfermería el número de profesionales en relación con la población es adecuado. Se cuenta con 11.928 médicos (3,7 por 1.000 habitantes) y 4.069 dentistas (1,3 por 1.000 habitantes). Por otra parte, faltan profesionales de enfermería, de los que hay tan solo 2.230 (7 por 10.000 habitantes).

La formación de recursos humanos no está planificada. El ingreso es libre para quien cumpla los requisitos, sin cupos para el ingreso de estudiantes. Sin embargo, en las últimas décadas se ha manifestado la preocupación por el tema y las asociaciones médicas están promoviendo la regulación del ingreso a la Facultad de Medicina. No solo se está considerando la cantidad de médicos, sino también la distribución por especialidades. Se considera que hay una sobrespecialización basada en la tecnología y una carencia de gerentes y administradores de servicios de salud y especialistas en salud pública (epidemiólogos y economistas sanitarios).

Investigación y tecnología en salud

En el Uruguay se realiza muy poca investigación, sobre todo en el área de los sistemas de salud y de la tecnología, aunque la investigación epidemiológica está algo más desarrollada y de hecho sus resultados orientan las políticas para la resolución de problemas concretos. En otras áreas solo existe conciencia del problema e investigaciones puntuales sobre algunos temas. Por otra parte, la preparación de los profesionales de salud en cuanto a conceptos y metodología de la investigación es insuficiente. En estos aspectos la formación de los integrantes del equipo de salud es muy heterogénea. En el área tecnológica no se hacen investigaciones pre-

vias a la incorporación de tecnologías ni evaluación posterior de los resultados de las mismas. Las limitaciones son fundamentalmente la falta de formación y la ausencia de políticas firmes que exijan el resultado de investigaciones para tomar decisiones.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto en salud en 1995 fue de US\$ 1.781 millones, lo que representa 10,0% del producto interno bruto (PIB) y US\$ 564 por persona. Se confirma la tendencia al crecimiento: como porcentaje del PIB el gasto sanitario total fue de 6,2% en 1982 y de 8,3% en 1992.

Del gasto total en salud en 1995, 28,6% correspondió al sector público y 71,4% al sector privado. Se mantuvo así la distribución tradicional del gasto entre el sector público (alrededor de 30%, con tendencia a la baja) y el sector privado (poco más de 70% del gasto, con tendencia al alza).

La parte más importante del gasto en 1995 correspondió a las IAMC, con 49,6%. A la ASSE le correspondió 15,1%; al gasto en farmacias externas (no intrahospitalarias) 6,4%; a los seguros parciales de salud 5,9%, y al aporte de las IAMC (a través de un recargo en las cuotas de prepago a sus afiliados) al Fondo Nacional de Recursos, 3,9%. La participación del resto de los efectores varió entre 1% y 2% del gasto total en salud del Uruguay.

El gasto de las cuatro Comisiones Honorarias (de Lucha contra el Cáncer, de Salud Cardiovascular, de Lucha contra la Hidatidosis y de Lucha Antituberculosa) incluidas en el sector público, solo representó 0,5% del gasto en salud en 1995, con un monto de unos US\$ 9 millones.

Del total del gasto, incluidos los sectores público y privado, 45,7% se destinó a retribuciones personales, 24,9% a materiales y otros, 16,7% a medicamentos, 9,5% a contratación de terceros y 3,2% a inversiones.

En 1995, considerando conjuntamente los sectores público y privado, 42,1% del financiamiento del gasto provino de las cuotas mensuales que pagan los afiliados a las IAMC; 25,4% de pagos directos de los usuarios; 23,3% de impuestos generales; 3% de retenciones sobre las retribuciones de los trabajadores que se aplican con destino al seguro de salud y a otros organismos de la seguridad social; 0,8% de recursos extrapresupuestarios de instituciones del sector público, y 5,5% de primas de seguros como los de emergencia médica móvil y gastos privados directos como tales.

En el sector público, en 1995 el financiamiento del gasto sanitario procedió fundamentalmente de los impuestos, que financiaron 81,1% del gasto; 9,1% procedió de retenciones a las retribuciones, 6,7% de venta de servicios y 2,9% de recursos extrapresupuestarios de instituciones del sector público.

En el sector privado, 59% de la financiación provino de cuotas mutuales, 33% de ingresos por venta de servicios, 0,5 de retención a las retribuciones y 7,5% de otras fuentes tales como seguros parciales de salud, atención privada exclusiva y casas de salud para ancianos.

Cooperación técnica y financiera externa

En 1995 se anunció un proyecto de cooperación entre el BID y el Gobierno del Uruguay, en el programa denominado Fortalecimiento del Área Social (FAS), que con un presupuesto de US\$ 42,5 millones —US\$ 12,5 millones aportados por el Gobierno y US\$ 30 millones financiados por un prés-

tamo del BID— ejecutará proyectos de infraestructura y reforma en educación, salud, trabajo, justicia, nutrición e información social. Los objetivos específicos en salud son iniciar un proceso de reforma del sector público, mejorar la eficiencia institucional, adecuar la oferta de prestaciones de salud a las características epidemiológicas y necesidades de la población, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos.

Hay otro proyecto para fortalecer la gestión descentralizada de los hospitales, financiado por el Banco Mundial.

Según estudios realizados por la Comisión de Economía y Salud del Sindicato Médico del Uruguay, la cantidad de ayuda internacional recibida equivale aproximadamente a 0,1% del gasto en salud.

VENEZUELA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La República de Venezuela tiene una extensión territorial de 916.445 km². Está integrada por 22 estados, un Distrito Federal y dependencias federales (grupo de islas en el mar Caribe). Los estados y el Distrito Federal se dividen en 330 municipios, que constituyen unidades políticas primarias y autónomas dentro de la organización nacional. Los municipios, a su vez, se dividen en parroquias y municipios capitales. En diciembre de 1995 se realizó la tercera elección por votación directa y secreta de gobernadores, alcaldes, concejales de las cámaras municipales y miembros de las juntas parroquiales. Se eligieron también los diputados de las asambleas legislativas estatales y se profundizó el proceso democrático y de descentralización política y administrativa.

En el período 1993–1996 el país mostró inestabilidad en su crecimiento económico, el PIB creció en 1993 (0,4%) y en 1995 (2,2%) y decreció en 1994 (-2,8%) y en 1996 (-1,6%). En el mismo período, la inflación fue de 38,1% en 1993 y alcanzó su máximo valor histórico en 1996 (103,2%). El PIB per cápita fue de US\$ 2.862 en 1993, \$2.370,7 en 1994, \$3.470,2 en 1995 y \$2.804 en 1996. En 1996, el Gobierno inició un plan de acción en materia fiscal, monetaria y cambiaria con el objeto de abatir la inflación, restablecer el equilibrio fiscal, reestructurar y fortalecer el sistema financiero, establecer un nuevo modelo de seguridad social, transferir recursos hacia los sectores más vulnerables y transformar estructuralmente la economía y el marco institucional legal.

La población estimada para 1996 era de 21.377.426 habitantes y la densidad demográfica de 23,84 habitantes por km². La densidad poblacional más alta se encuentra en el Distrito Federal, con 1.181,20 habitantes por km². Los estados con más de 200 habitantes por km² están ubicados en la costa (Carabobo, Miranda, Aragua y Nueva Esparta). Los estados fronterizos (Apure, Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro) tie-

nen una densidad demográfica de menos de 5 habitantes por km². En 1996, 85,4% de los habitantes vivían en zonas urbanas, y de estos, 72% residían en ciudades de más de 50.000 habitantes.

El censo indígena de 1992 demostró la existencia de 38 grupos étnicos autóctonos que constituían 1,5% de la población del país; 28 grupos se encontraban en los estados fronterizos Zulia, Amazonas y Bolívar. El 34% de la población indígena pertenecía a la etnia wayuu, 12,9% a la warao y 10,5% a la pemón.

La tasa de crecimiento total de la población fue de 2,3% en 1992, 2,1% en 1993 y 1994 y 2,0% en 1995. La tasa de natalidad disminuyó progresivamente de 27,4 por 1.000 habitantes en 1992 a 23,8 por 1.000 habitantes en 1995. La tasa global de fecundidad varió de 3,3 hijos por 1.000 mujeres en 1992 a 2,9 en 1995. Las mujeres de 20 a 29 años presentan la tasa más alta de fecundidad. Las migraciones han tenido un comportamiento variable: en 1992 se observa un saldo negativo (-11.752) que se acentuó en 1994 (-90.670) para volverse positivo en 1995 (6.961).

La población venezolana es joven: 12,6% pertenece al grupo de menores de 4 años, 23,6% al de 5 a 14 años y 55,5% al de menores de 25 años. Solo 4,1% de la población pertenece al grupo de 65 años y más; sin embargo, este grupo está creciendo a un ritmo mayor que el de la población total. La esperanza de vida al nacer en 1995 fue de 72,2 años (69,3 para los hombres y 75,1 para las mujeres).

Estimaciones de pobreza efectuadas por la Encuesta de Hogares de la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI) indican que hasta el 30 de junio de 1994, 27,3% de la población venezolana presentaba necesidades básicas insatisfechas (NBI) y 21,6% se encontraba en situación de pobreza extrema. Las entidades federales con mayor cantidad de personas en situación de pobreza extrema eran Apure, Delta Amacuro, Amazonas y Portuguesa.

El costo anual de la canasta normativa concertada de alimentos fue de US\$ 157 en 1993, \$153 en 1994, \$195 en 1995 y

\$156 en 1996. Con el salario mínimo de 1996, el empleado público tenía acceso a 63% de esta canasta, el privado a 95,4% y el rural, a 57%. Los desocupados constituían 7,1% de la población en 1992, 10,2% en 1995 y 12,4% en 1996.

En 1995 el porcentaje de analfabetismo fue de 7,2%, 6,5% para los hombres y 8,0% para las mujeres, pero en la población de 10 a 24 años de edad el analfabetismo masculino fue de 3,5%, es decir, dos veces superior al femenino. El analfabetismo en la población indígena mayor de 10 años fue de 41%.

Morbilidad y mortalidad

La tasa bruta de mortalidad fue de 4,4 por 1.000 habitantes para 1992 y de 4,2 por 1.000 habitantes para 1995; se observa poca variación en los últimos años. No existen estudios sobre el subregistro, pero el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) lo estima en 13,2%, con una tasa de 5,4 por 1.000 habitantes para el período 1990–1995.

En 1995, las tasas de mortalidad por cinco grandes grupos de causas señalan en primer lugar a las enfermedades del aparato circulatorio (142,1 por 100.000 habitantes), seguidas por las causas externas (69,9), los tumores (60,9), las enfermedades transmisibles (46,1) y ciertas afecciones originadas en el período perinatal (25,8). Para el mismo grupo de causas, la comparación con las tasas de mortalidad de 1989 indica que las enfermedades cardiovasculares se mantuvieron en primer lugar, con un incremento de 7,0%, las causas externas pasaron al segundo lugar, con un aumento de 43,8% y desplazaron al tercer lugar a los tumores, que experimentaron una disminución de 0,3%, las enfermedades transmisibles pasaron al cuarto lugar, con una disminución de 17,5%, y ciertas afecciones originadas en el período perinatal continuaron en el quinto lugar, con una reducción de 32,9%. Los síntomas y estados morbosos mal definidos representaron 1,49% del total de muertes registradas en 1995, porcentaje similar al de 1992 (1,63%).

La distribución de la mortalidad en 1995 revela que las causas externas fueron cinco veces más frecuentes en el sexo masculino (115,2 por 100.000 habitantes). Estas correspondieron a accidentes (74%), homicidios (19%) y suicidios (7%). En 1992 murieron por homicidio 13 hombres por cada mujer, cifra que aumentó en 1995 a 16 hombres por cada mujer.

Las tasas de mortalidad específicas por grupos de edad en 1995 son similares a las de 1989. La tasa de mortalidad infantil se mantuvo en 23,1 por 1.000 nacidos vivos y si se calcula la tasa considerando un subregistro de 13,2% para las defunciones y 4% para los nacimientos, esta asciende a 27,4 por 1.000 nacidos vivos.

El análisis de la mortalidad según los años potenciales de vida perdidos (APVP) para 1995, ubica en primer lugar a ciertas afecciones originadas en el período perinatal y en se-

gundo lugar a las enteritis y otras enfermedades diarreicas, que representaron 8,2% del total de APVP. Los accidentes de tráfico y los tumores ocuparon el tercer y cuarto lugar, respectivamente. Si se excluyen las defunciones de menores de 1 año, los accidentes de tráfico son los que aportan mayor número de APVP. La proporción de APVP según el sexo muestra que en los hombres los accidentes de tráfico y los homicidios ocupan el segundo y tercer lugar, mientras que en las mujeres estos lugares los ocupan el cáncer y las enteritis y otras enfermedades diarreicas respectivamente.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La tasa de mortalidad infantil registrada de 1992 a 1995 es estable, con valores cercanos a 23,5 por 1.000 nacidos vivos. Existen diferencias entre los estados del país; en 1995, Bolívar, Amazonas, Zulia y Trujillo registraron tasas de 36,1 a 31,1 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en Anzoátegui y Sucre las tasas fueron de 7,5 y 10,4 por 1.000, aunque se estima que en estos estados existe un importante subregistro de la mortalidad y la natalidad. La mortalidad infantil depende en 59% de la mortalidad neonatal, que se ubicó en 13,4 por 1.000 nacidos vivos en 1995.

Las principales causas de muerte en los menores de 1 año son la hipoxia, la asfixia y otras afecciones respiratorias (31,1%), las enteritis y otras enfermedades diarreicas (17,9%) y las anomalías congénitas (11,7%).

No hay datos nacionales de bajo peso al nacer, pero los informes de la Maternidad Concepción Palacios, la mayor del país y centro de referencia para los casos de más alto riesgo, señalan que el porcentaje de niños nacidos con peso inferior a 2.500 gramos se redujo de 16,0% a 12,1% de 1990 a 1994.

De 1992 a 1995 la tasa de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años de edad se mantuvo estable, con cifras cercanas a 1,2 por 1.000 habitantes de esa edad. En este grupo, las enteritis y otras enfermedades diarreicas ocuparon el segundo lugar como causa de muerte después de los accidentes.

La salud del niño de escuela primaria y del adolescente

En 1994, la primera causa de muerte en los niños de escuela primaria fueron los accidentes (32%), seguidos de los tumores malignos y las anomalías congénitas, con 14,8% y 12,0% respectivamente. En ese mismo año, las causas de muerte más frecuentes en el grupo de 10 a 14 años de edad fueron también los accidentes y los tumores malignos. Entre

los 15 y los 19 años de edad los homicidios pasaron a ocupar la segunda causa de muerte. El análisis de la mortalidad según el sexo muestra que la principal causa de muerte en los varones fueron los homicidios y en las mujeres, los accidentes.

La salud del adulto

La tasa global de fecundidad ha ido descendiendo paulatinamente. La más alta se registró en el grupo de 20 a 24 años, seguido por el de 25 a 29 años. Sin embargo, los estados de Barinas, Monagas, Apure, Cojedes, Guárico, Sucre, Portuguesa y Yaracuy presentaron tasas de fecundidad comparativamente elevadas en las edades de la adolescencia. Estudios realizados en el país encontraron que las mujeres analfabetas que residen en la zona rural tienen como promedio 8 hijos, en comparación con las mujeres universitarias, que presentan un promedio de 2,1 hijos. Según cifras del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, del total de partos de 1994, 95,3% fueron atendidos por médicos.

La mortalidad por complicaciones relacionadas con el embarazo en el grupo de 15 a 49 años constituyó 6,8% de las muertes ocurridas en el período 1993–1995, con tasas de 6,2, 6,9 y 6,5 por 10.000 nacidos vivos, respectivamente. En este período, las principales causas de muerte fueron la hipertensión que complica el embarazo, el parto y el puerperio (28,5%), la hemorragia anteparto, abruptio placentae y placenta previa (14,2%), y el aborto no especificado (13,6%).

La salud del adulto mayor

Según datos de la OCEI, en 1990 la población de 65 años y más era de 717.774, cifra que representaba 3,7% de la población. En 1994 el porcentaje de adultos mayores era de 4,0% y en 1995, de 4,8%.

En 1990, 26,5% de los ancianos se declaró ocupado, 41,3% desempeñaba algún oficio en el hogar; 68% de esta población realizaba actividades útiles para la familia. El 73,5% eran económicamente dependientes. Los hogares con ancianos, y en particular los encabezados por estos, tenían un ingreso per cápita menor. No se cuenta con información actualizada de años posteriores que permitan apreciar las modificaciones del ingreso a causa de los efectos inflacionarios.

En 1994, las principales causas de mortalidad eran las enfermedades del corazón (42,5%), el cáncer (18,6%), las enfermedades cerebrovasculares (15,5%) y la diabetes mellitus (6,7%). El Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología señaló que en 1996 las cuatro primeras causas de morbilidad según motivo de la consulta fueron la hipertensión arterial (7,3%), la artritis (6,4%), la gripe (3,3%) y la diabetes melli-

tus (2,1%). En los adultos mayores se observa sobremortalidad en los hombres.

La salud de los trabajadores

Según datos de la OCEI, en 1994 la población económicamente activa era de 7.903.400 personas (5.390.600 hombres y 2.512.800 mujeres) y el porcentaje de desocupación era de 8,6%. La tasa de participación laboral de las mujeres mayores de 15 años ha crecido desde el decenio de 1960, pero en los últimos años fue más pronunciado el crecimiento en las de 25 a 44 años de edad.

Una serie de disposiciones limitan la jornada laboral de los menores. Por ley, los menores de 14 años no pueden trabajar. Los de 14 a 16 años necesitan una autorización especial, pero no pueden realizar trabajo nocturno o a destajo y sus jornadas no deben exceder las seis horas y media diarias. Según la Escuela de Gerencia Social, dependiente del Ministerio de la Familia, entre 1981 y 1991 el porcentaje de personas de 15 a 19 años incorporadas al mercado laboral creció de 7,7% a 12,8% respectivamente y el de 10 a 14 años aumentó de 0,8% a 1,2% respectivamente. Estos datos ponen en evidencia el aumento del trabajo de menores.

La salud de los discapacitados

El Programa de Atención a los Discapacitados del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social estima que 10% de la población presenta algún tipo de discapacidad. Se considera que este porcentaje tiende a aumentar debido al envejecimiento de la población, los accidentes de todo tipo y las enfermedades degenerativas.

El Sistema Sanitario Nacional incluye una estructura de Servicios de Medicina Física y Rehabilitación que atiende a 2% de la población discapacitada estimada. Hasta ahora, las actividades se han centrado en aspectos diagnósticos y terapéuticos. Se advierten problemas de registro estadístico y se ha iniciado un sistema de información que permitirá conocer mejor la realidad de este sector de la población.

La salud de los indígenas, de las poblaciones fronterizas y de otros grupos especiales

Venezuela cuenta con una rica y compleja diversidad socio-cultural indoamericana a pesar de que la población indígena solo representa 1,5% del total de habitantes del país. Los grupos aborígenes adquieren relevancia en algunos estados y municipios fronterizos como Zulia (municipio Páez, con 88,9% de la población indígena, y Mara, con 32%), Delta Amacuro (mu-

nicipio Antonio Díaz con 82,9% de población indígena y Pedernales, con 40,5%), y Amazonas (a excepción de Atures, todos los demás municipios tienen población indígena). El resto de las etnias indígenas se asientan en los estados de Monagas y Anzoátegui, que tienen fronteras marítimas.

Entre los problemas críticos regionales y de la población indígena se señalan la migración rural-selvática a las zonas urbanas, la minería ilegal y destructora del ecosistema, el estrangulamiento económico, la evangelización compulsiva, el hostigamiento, las agresiones físicas y los problemas médico-sanitarios. Los problemas médico-sanitarios investigados son la gastroenteritis y la disentería, la malaria, la hepatitis B y la oncocercosis, todas ellas enfermedades endémicas graves que afectan a las poblaciones indígenas en el Estado Amazonas. Para enfrentar estos problemas se han puesto en marcha programas de atención en Amazonas y Zulia. La malaria es endémica en la mayor parte de los estados Amazonas y Bolívar, y constituye la mayor causa de mortalidad registrada (40,1%) entre los yanomamis de Amazonas.

Estudios del Centro Amazónico para Investigación y Control de Enfermedades Tropicales Simón Bolívar (CAICET) sobre hepatitis B en los yanomamis de Amazonas (localidades de Parima y Mavaca), indican que entre 58,3% y 84,0% de la población se infecta en algún momento de su vida. La hepatitis B es la tercera causa de muerte registrada después de la malaria y la desnutrición.

En el Estado Amazonas (Mavaca) la gastroenteritis, las disenterías amebianas y la helmintiasis constituyen la primera causa de consulta y la cuarta causa de muerte registrada. La situación empeora en las zonas que no cuentan con asistencia médica.

La oncocercosis se distribuye en la cuenca del río Orinoco y se extiende hacia el Estado Bolívar; el foco continúa hacia el Brasil. El nivel de endemidad varía de 4% a 76% y alcanza condiciones de hiperendemia en el Alto Orinoco. La etnia más afectada es la yanomami. Estudios realizados indican que existe una fuerte correlación entre altitud y endemidad debido al incremento de la variedad de especies vectoras y de la densidad de picada a mayor altura.

Los servicios médicos del Estado Amazonas (1 hospital con 65 camas, 7 dispensarios rurales ambulatorios y 40 dispensarios sin médico) ofrecen poca cobertura para tan extenso territorio (177.617 km² con una densidad de 0,53 habitantes por km²); además, el acceso a los servicios resulta difícil para algunas comunidades. Independientemente de estos centros, se llevan a cabo actividades en el marco de los programas de Dermatología Sanitaria (control de oncocercosis y leishmaniasis), de Malariología (control de malaria y parasitosis) y de la División de Fiebre Amarilla y Peste, dependientes del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el Instituto de Biomedicina y el Centro de Investigación de la Universidad Central de Venezuela.

En el Estado Zulia se siguió ejecutando el programa de control de la hepatitis B en el período 1992–1995 y se avanzó en la vacunación de 56 comunidades indígenas (3.500 personas) de las etnias yucpa y baré, en las que se aplicaron 7.141 dosis.

En 1992, la tasa de incidencia de tuberculosis en el Estado Zulia fue de 27,7 por 100.000 habitantes en la población no indígena y de 167,9 en la población indígena. En el grupo de 1 a 4 años la tasa fue de 11,5 por 100.000 habitantes en la población no indígena y de 116,6 en la población indígena. Las cifras ponen de relieve la elevada transmisión de la enfermedad entre los grupos indígenas, situación que se agrava por el elevado porcentaje de abandono del tratamiento (18%).

El Consejo Nacional de Frontera es responsable de las políticas indígenas. Sobre la base del proyecto de Ley de Comunidades, Pueblos y Culturas Indígenas, el Consejo propuso la aplicación de un régimen de educación intercultural bilingüe y de un plan de dotación de tierras a las comunidades indígenas, así como la incorporación y gestión de recursos para el desarrollo sostenible de dichas comunidades en los planes, proyectos y programas regionales.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. La zona de transmisión de la malaria abarca 23% de la superficie del país por debajo de los 600 metros sobre el nivel del mar y afecta a 713.394 habitantes; la zona de malaria erradicada o en fase de mantenimiento comprende 460.397 km² (76,8% de la zona original) y afecta a 16.914.622 habitantes; las regiones en fase de ataque son los estados Apure, Barinas, Táchira y Zulia, donde el vector principal es *Aedes nuñeztovari*, de comportamiento exofílico, y los estados Apure, Bolívar y Amazonas, habitados por etnias indígenas y grupos de población minera y maderera, donde el vector principal es *A. darlingi*. El sistema de detección de casos se mantiene en un promedio de 198.000 muestras hemáticas anuales. Del total de infecciones, 91% fueron por *Plasmodium vivax*, 8,4% por *P. falciparum*, 0,2% por *P. malariae* y 0,4% mixtas. Hasta junio de 1997, la malaria presentaba un incremento relativo de 19,1% en relación con igual período de 1996 y el número de casos ascendía a 14.610.

En cuanto a la enfermedad de Chagas, se estima una población de riesgo de 3 millones de habitantes. Entre septiembre y diciembre de 1995, en 20.902 viviendas exploradas se encontró un índice de infestación por triatominos de 3,1% y de infección por *Trypanosoma cruzi* de 15,8%. De enero a agosto de 1996, el índice de infestación encontrado en 18.747 viviendas exploradas fue de 0,8% y el índice de infección por *Trypano-*

soma cruzi fue de 13,6%. De septiembre a diciembre de 1995 el porcentaje de seropositividad humana fue 6,2% y en 1996, 4,3%. Se estima en 800.000 la cantidad de personas infectadas.

No ha habido casos de fiebre amarilla en años recientes (1992 a 1997). Entre 1994 y 1996 se incrementó la vacunación en 350%. En 1996 se aplicaron 1.470.742 dosis en los estados Apure, Barinas, Cojedes, Delta Amacuro, Distrito Federal, Táchira, Portuguesa, Guanare y Mérida.

En el período 1990–1996 no se registraron casos de peste humana, y el único foco existente en la actualidad, localizado en el Estado Aragua, está inactivo.

En los años 1989 y 1990 se produjo un repunte de casos de dengue y desde entonces la enfermedad es endémica. En el quinquenio 1991–1995 la tendencia de esta enfermedad, tanto en su forma clásica como hemorrágica, fue ascendente. En 1995 se produjo la mayor cantidad de casos: 32.280, más del doble que en 1994; 5.380 (16,6%) presentaron la forma hemorrágica, con 43 defunciones, y 25 casos fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio. La tasa de letalidad fue de 0,13%. Predominó el serotipo 4, a diferencia de años anteriores, cuando los serotipos predominantes eran el 1 y el 2. No se identificó el serotipo 3 en las muestras procesadas. En 1996 se notificaron 9.180 casos de dengue; 18% correspondieron a la forma hemorrágica, con 13 defunciones. Los estados con mayor morbilidad fueron Barinas, Amazonas, Aragua, Mérida y Lara.

En los últimos años la transmisión de esquistosomiasis ha estado limitada a focos aislados. La prevalencia se mantuvo por debajo de 2%. Entre 1990 y 1996 se confirmaron 2.731 casos mediante pruebas serológicas.

Existen tres grandes focos endémicos de oncocercosis: el nororiental, que comprende los estados Sucre, Anzoátegui y Monagas, donde se registraron 61% de los casos del país, el norcentral, que abarca los estados Aragua, Carabobo, parte de Guárico, Yaracuy, Cojedes y el Distrito Federal, con 39% de los casos, y el meridional, que comprende la parte sur de los estados Amazonas y Bolívar y afecta principalmente a las etnias yanomami, piaroa y makiritare. Se estima que en 1995 había no menos de 70.000 casos activos de oncocercosis.

Enfermedades inmunoprevenibles. El último caso confirmado de poliomielitis se registró el 21 de marzo de 1989 y el último caso compatible se categorizó en 1993. En 1995 se notificaron 104 casos de parálisis flácida aguda, sin que se confirmara ninguno. Esta cifra representa una disminución de 5,45% con respecto a 1994, año en que se notificaron 110 casos que resultaron descartados.

El último caso de difteria se notificó en el Estado Zulia en 1992.

El Plan de Eliminación del Sarampión, que se inició en 1994 con una Jornada Nacional de Vacunación de niños de 9

meses a 14 años y alcanzó una cobertura de 98%, disminuyó considerablemente la cantidad de casos confirmados. En 1995 el descenso fue de 96%; se registraron 652 casos con 1 defunción, y se confirmaron 172. En 1996 se confirmaron 65 casos de 681 sospechosos.

En el último trienio disminuyó la cantidad de casos y de defunciones por tos ferina. En 1994 se produjeron 808 casos y 21 defunciones; en 1995, 510 casos y 25 defunciones y en 1996, 384 casos y 7 defunciones.

La estrategia de intervención para la reducción del tétanos neonatal, especialmente en las parroquias con condiciones de vida deficientes, permitió una reducción de 37 casos en 1991 a 17 en 1995, con 7 muertes. Los estados Apure y Zulia han registrado casos ininterrumpidamente en el período 1989–1994.

En cuanto a las coberturas de vacunación, las tasas de deserción entre la primera y la tercera dosis para las vacunas antipoliomielítica y triple (DPT) en general son mayores que 20%.

Cólera. En junio de 1996 se reintrodujo el cólera en el país; los primeros casos correspondieron a indígenas wayuus del Estado Zulia. La epidemia se extendió, afectando fundamentalmente a los habitantes de los territorios con peores condiciones de vida de los estados Delta Amacuro, Mérida, Aragua, Monagas, Miranda y el Distrito Federal. Hasta el 12 de julio de 1997 se habían notificado 1.972 casos con 50 defunciones (letalidad de 2,5%).

Enfermedades crónicas transmisibles. El riesgo anual de infección por bacilos de la tuberculosis se estima entre 0,2% y 0,4% y la tasa de notificación de casos nuevos de tuberculosis pulmonar presentó un incremento de 14% desde 1993. No se observa aumento de casos entre los menores de 15 años. En el grupo de 5 a 24 años el aumento corresponde a las formas pulmonares sin confirmación bacteriológica. Se advierte un aumento de diagnósticos de casos nuevos con confirmación bacteriológica en el grupo de 25 a 44 años. En 1995 se registraron 3.056 casos y se evaluaron 2.765; al final del tratamiento 75% resultó con frotis negativo. En 1996 hubo 3.195 casos pulmonares nuevos y 726 extrapulmonares, con 212 recaídas. El Programa de Control de la Tuberculosis utiliza sistemáticamente la baciloscopia para el diagnóstico de tuberculosis en sintomáticos respiratorios. La quimioterapia convencional de corta duración (menos de 9 meses) se administra a todos los pacientes con esputo positivo. Se utiliza el sistema de registro y notificación recomendado por la OMS y se evalúa el resultado de los tratamientos de los casos nuevos.

En 1995 se registraron 3.954 casos de lepra, de los cuales más de 65% habrán sido dados de alta entre 1996 y 1997. En 1996 se notificaron 564 casos nuevos, cifra que representa un incremento de 12,3% en relación con 1995 (cuando se detec-

taron 504 casos nuevos). Esto se considera positivo, pues contribuye a la disminución de la morbilidad oculta, calculada en 500 casos. En 1997 se estima que se podrá declarar la fase de eliminación, de acuerdo con la meta planteada por la OMS de prevalencia menor de 1 caso por 10.000 habitantes.

Infecciones respiratorias agudas. Estas enfermedades representan la quinta causa de muerte en menores de 1 año y la tercera en el grupo de 1 a 4 años. La tendencia de la mortalidad en estos grupos de edad es estable (1989–1995). Los estados con mayor riesgo de muerte en la población menor de 5 años por esta causa son Delta Amacuro, Zulia y Trujillo. Se estima que se producen de 7 a 9 episodios por niño por año en zonas urbanas y de 2 a 4 en zonas rurales. Las infecciones respiratorias agudas representan 40% de los motivos de consulta externa y 40% de las hospitalizaciones en los servicios de pediatría.

Rabia. En 1994 no se informaron casos de rabia humana; en 1995 se inició una epidemia en el Estado Zulia y se notificaron cinco casos. En 1996 los casos notificados fueron cuatro, todos por mordeduras de cánidos.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. De 1993 a 1996 el número de casos de sida notificados fue 966 en 1993, 1.003 en 1994, 746 en 1995 y 226 en 1996, con un total acumulado de 2.941. La tasa de incidencia anual por 1.000.000 de habitantes entre 1993 y 1995 fue de 46,2 en 1993, 46,9 en 1994 y 34,1 en 1995. La tasa de incidencia por 1.000.000 de habitantes para los hombres fue de 4,6 en 1993, 7,9 en 1994 y 18,4 en 1995, y para las mujeres, 0,8 en 1993, 1,1 en 1994 y 20,0 en 1995. La razón hombre/mujer de los casos de sida notificados fue de 6,0 en 1993, 7,1 en 1994 y 9,2 en 1995. El grupo de edad de mayor riesgo es el de 20 a 49 años. La mayor cantidad de casos se notificaron en el Distrito Federal, incluido el municipio Sucre del Estado Miranda; le siguen en orden de frecuencia los estados Nueva Esparta, Aragua, Mérida y Bolívar.

Según cifras del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en el trienio 1993–1995 la blenorragia presentó una tasa de 72,8 por 100.000 habitantes; en 1996 la tasa descendió a 54,1 por 100.000 habitantes. En el mismo trienio la sífilis mostró una tasa de 40 por 100.000 habitantes y en 1996 esta bajó a 24,1 por 100.000 habitantes. Se considera que el descenso de 1996 se debe al subregistro en la notificación.

Enfermedades emergentes y reemergentes. La tasa de morbilidad por meningitis en el período 1990–1995 presentó un comportamiento irregular: hasta 1993 aumentó de 6,7 a 10,5 por 100.000 habitantes, en 1994 descendió y en 1995 llegó a 11,4 por 100.000 habitantes. Se reconoce una mejoría en la notificación de los casos. Los estados con mayor riesgo

fueron Mérida, Monagas y Lara, con tasas promedio de 24,4, 22,0 y 20,8 por 100.000 habitantes, respectivamente. En 1995 y 1996 casi 80% de los casos ocurrieron en menores de 15 años; dentro de este grupo el mayor riesgo correspondió a los menores de 5 años y particularmente a los menores de 1 año (en 1995 se registró una tasa de 3,4 por 100.000 recién nacidos vivos). Los dos serotipos circulantes son el B y el C, que representan 18,5% y 37,0% de los serotipos identificados en 1995.

En agosto de 1995 se inició una epidemia de encefalitis equina, la primera en los últimos 20 años, con una incidencia superior a la notificada en brotes previos. Se registraron 12.317 casos con una tasa de letalidad baja, de 0,2% (24 muertes). La enfermedad afectó a los estados Zulia, Lara, Falcón, Yaracuy, Carabobo y Trujillo. Zulia presentó 90,8% de los casos y 62,5% de las defunciones y la población wayuu fue la más afectada. El primer caso observado en equinos se notificó a fines del mes de abril (semana 14) en el Estado Yaracuy. En la semana 20 se confirmó en el Estado Falcón la presencia de la enfermedad en equinos y en la semana 24 los primeros casos humanos. El 59% de los casos registrados se presentaron entre los 5 y los 24 años de edad. En el momento de la epidemia, la cobertura de vacunación en equinos era muy baja.

En 1994 se registraron 4 casos de fiebre hemorrágica venezolana, en 1995, 8, y en 1996, 40 casos con 12 defunciones. Esta incidencia supera la de los años anteriores, con una letalidad de 30%. En ese período hubo considerable actividad agrícola en las zonas afectadas. El grupo de edad más afectado fue el de 15 a 45 años (70% de los casos en 1996). Los resultados preliminares de investigación sobre los reservorios potenciales señalan al roedor *Zigodontomys brevicauda*.

La incidencia de la forma cutánea de leishmaniasis se mantuvo estable en los últimos tres años, con una tasa de incidencia nacional superior a 1 por 10.000 habitantes. En 1996 se registraron 1.409 casos, con un estimado de 2.234. Se considera que por cada caso notificado existe uno o más sin registrar. Los estados con tasas más altas fueron Trujillo, Mérida, Lara, Táchira, Sucre y Anzoátegui. Hasta octubre de 1996 se registraron 33 casos de leishmania visceral (kala-azar). En el Estado de Anzoátegui se registraron prácticamente la mitad de los casos del país, seguido por Nueva Esparta.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), que funciona en los establecimientos de atención médica del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, es el encargado de recoger la información nutricional en todo el país. El criterio diagnóstico de desnutrición global utilizado

en el SISVAN es el peso por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana de referencia (Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos) para la edad cronológica (peso para la edad). En los menores de 15 años la proporción de niños de bajo peso para la edad descendió de 16,2% en 1990 a 11,6% en 1995. Se observan diferencias entre estados y las mayores proporciones se encuentran en Portuguesa (20,8%), Delta Amacuro (16,6%), Apure (15,6%), Miranda (14,2%) y Cojedes (13,5%). La proporción de menores de 2 años con bajo peso también descendió de 16,8% en 1990 a 11,9% en 1995, así como la de niños entre 2 y 6 años, que de 29,9% en 1990 se redujo a 23,7% en 1995. En el primer trimestre de 1996 la proporción fue de 20,9%. En Barinas se registró un valor de 34,56%, en Apure 32,73%, en Delta Amacuro 29,73%, en Amazonas 26,46%, y en Cojedes 25,78%. Estos datos se deben interpretar con cautela, ya que solo reflejan la situación de los niños que acuden a los servicios de salud del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

En comparación con el bienio 1991–1992, en 1993 se informó un aumento de las tasas de mortalidad por deficiencias de la nutrición en menores de 15 años; entre los cuales los más afectados fueron los menores de 1 año. Los estados con las mayores tasas de mortalidad por deficiencias de la nutrición fueron Delta Amacuro (20,6 por 100.000 habitantes), Amazonas (17,4 por 100.000 habitantes) y Monagas (8,3 por 100.000 habitantes). Todos ellos presentan altos porcentajes de NBI.

En 1994 la prevalencia de exceso de peso (definido como peso para la talla superior al percentil 90) notificada por el SISVAN fue superior en todos los grupos de edad en comparación con 1988. En los niños de 2 a 6 años la prevalencia aumentó de 9,0% (1988) a 11,3% (1994), y en los de 7 a 14 años, de 10,5% (1988) a 14% (1994). El análisis sobre condiciones de vida de la Fundación Nacional para el Estudio del Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA) mostró un aumento del exceso de peso de 10,7 en 1991 a 17,3% en 1994 en niños de 7 años pertenecientes a estratos sociales elevados.

Según datos de la OCEI, en el período 1990–1993 el consumo de alimentos fuertes en vitamina A disminuyó. En 1995 en Nirgua, Estado Yaracuy, una encuesta de consumo realizada por el Instituto Nacional de Nutrición reveló que 25,7% de la población estudiada (n=165) con edades entre 6 meses y 6 años presentaba deficiencia de vitamina A, sobre todo en el grupo de 1 a 3 años de edad. La población rural fue la más afectada.

En 1992, según estudios de FUNDACREDESA, la prevalencia de deficiencia de hierro definida por niveles séricos de ferritina en escolares de 7, 11 y 15 años (n=653) pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos (IV y V), de acuerdo con el método de Graffar-Méndez, fue de 36% en promedio, con oscilaciones en los diferentes grupos de edad y sexo entre 30,2%

y 47,1%. En 1993 se inició por decreto gubernamental la fortificación con hierro (fumarato ferroso) de la harina de maíz (50 mg/kg) y de la harina de trigo (20 mg/kg). Un estudio comparativo de la prevalencia de anemia y ferropenia en escolares de la ciudad de Caracas de 7, 11 y 15 años de edad pertenecientes a los estratos de pobreza crítica y pobreza extrema mostró que un año después de la fortificación de las harinas la prevalencia tanto de ferropenia (20,4%) como de anemia (9,3%) se redujo a la mitad respecto de 1992 (42,9% de ferropenia y 19,0% anemia) y el consumo de hierro per cápita aumentó para los estratos IV y V de 14,3 y 13 mg por día en 1989 a 18 mg y 16,9 mg por día respectivamente en 1994.

Los trastornos por deficiencia de yodo constituyen un problema de salud pública y la Región Andina Venezolana se considera zona endémica de bocio. El Instituto Nacional de Nutrición, a través del Programa Nacional de Control y Eliminación de la Deficiencia de Yodo realizó estudios de estos trastornos en la Región Andina (en Mérida en 1993, en Trujillo en 1994 y en Táchira en 1995) en una muestra de 14.074 escolares de 7 a 14 años, y detectó una prevalencia de bocio de 63,5% (bocio grado Ia 40,1%, bocio grado Ib 20,7% y bocio grado II 2,7%). La prevalencia de bocio era de 62,4% en las zonas urbanas y 65,4% en las rurales.

Una evaluación de la excreción urinaria de yodo en 9.592 escolares distribuidos en 153 localidades de las zonas urbana (59) y rural (94) de los tres estados andinos mostró una mediana de excreción urinaria de yodo por debajo de 10 $\mu\text{g}/\text{dl}$ en 43,6% de las localidades rurales y 13,5% de las urbanas, lo que indica que la exposición al riesgo sigue siendo alta en las primeras. En 1966 se estableció la obligatoriedad de yodar la sal. El Instituto Nacional de Nutrición, a través del SISVAN y de la División de Investigación en Alimentos, realizan la vigilancia mediante la recolección de muestras mensuales en los tres estados andinos y en el Estado Zulia donde se encuentran la mayoría de los productores de sal. En el resto del país la recolección es semestral.

Los resultados de la yodación de la sal para el período 1993–1996 fueron diversos: en 1993, 67% de las muestras resultaron adecuadamente yodadas, en 1995, 85%, y en 1996, 64%. Esto tiene que ver con la competencia de las moliendas clandestinas y con problemas de vigilancia y control por parte de las autoridades sanitarias.

En 1996, el Instituto Nacional de Nutrición, a través de la Unidad de Nutrición del Estado Mérida, realizó un estudio de campo sobre conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en el municipio Tovar de dicho Estado. Los resultados mostraron que la lactancia materna exclusiva al cuarto mes era mayor en la zona urbana (16,7%) que en la rural (7,7%) mientras que la lactancia continua por un año resultó mayor en la zona rural (40,3%) que en la urbana (27,1%). Cabe señalar que el porcentaje de madres que no trabajaban era de 80% en la zona rural y 62,4% en la urbana.

La diabetes mellitus se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte. Según los datos de morbilidad del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, su prevalencia se estima en 1% a 6%. Afecta en particular al grupo de edad de 45 a 65 años y al sexo femenino y produce un fuerte impacto económico debido al alto costo de la atención médica y a la pérdida de la productividad. El programa de prevención y control se aplica en 33 servicios ubicados en 18 estados y el Distrito Federal.

Enfermedades cardiovasculares. Ocupan el primer lugar como causa de muerte. Dentro de este grupo se destacan la cardiopatía isquémica y las enfermedades hipertensivas. A pesar del subregistro, la morbilidad por enfermedades cardiovasculares es importante. De acuerdo con la información del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, la hipertensión arterial tiene una prevalencia de 20% a 30% en adultos. Se observa una alta prevalencia de factores de riesgo en la población (tabaquismo, hipertrigliceridemia, diabetes mellitus, obesidad, sedentarismo y alcoholismo).

Tumores malignos. Los tumores malignos constituyen una de las primeras causas de mortalidad. En 1995 ocupaban el segundo lugar, precedidos por las enfermedades del corazón. Tanto para los hombres como para las mujeres el cáncer de estómago ha mostrado una tendencia decreciente hasta 1995. El cáncer de pulmón presenta un ascenso continuo, que se vuelve más pronunciado en los últimos años y más marcado en los hombres que en las mujeres. El cáncer de próstata también tiende a aumentar. El cáncer del cuello uterino había mostrado una tasa decreciente hasta 1985, cuando esta tendencia se revierte. El cáncer de mama también experimentó un ascenso en los últimos años.

Accidentes y violencia. Desde 1996, Venezuela cuenta con un sistema de vigilancia de lesiones mortales y no mortales por causas violentas para la zona metropolitana de Caracas, en el que participan la Universidad Central de Venezuela y la División General de Medicina Legal del Cuerpo Técnico de Policía Judicial, con el apoyo del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT). Se publica desde 1997 un Boletín Informativo Trimestral, que brinda información sobre la mortalidad por causas violentas para la región metropolitana de Caracas. Hasta junio de 1997, los homicidios constituían la causa más frecuente de muerte violenta (69,8%), seguidos por los accidentes (23,6%) y los suicidios (6,5%). La mortalidad por homicidio muestra una tendencia ascendente y el grupo de mayor riesgo es el de varones de 10 a 49 años de edad. El Distrito Federal es el más afectado.

Tabaquismo. El tabaquismo ha sido tratado como un campo programático dentro de la División de Enfermedades

Crónicas no Transmisibles hasta 1995, año en el que pasó a ser un programa dentro del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Las acciones para el control del tabaquismo son interinstitucionales e interprogramáticas y se orientan hacia la prevención en la población escolar secundaria. Se busca la protección de los no fumadores mediante estrategias de aumentar los espacios libres de humo, principalmente laborales, y se ayuda a los fumadores mediante la sensibilización y capacitación de los profesionales de la salud, tanto para la asistencia individual como para el desarrollo de estrategias grupales. El consumo de cigarrillos presenta una tendencia descendente desde 1983, cuando se prohibió todo tipo de publicidad por radio y televisión y se realizó una fuerte campaña de educación pública. El consumo per cápita por año ha disminuido de 1.950 en 1990-1992 a 900 en 1994-1996.

Salud oral. La Dirección Nacional de Salud Oral del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, utilizando el índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados), destacó la elevada prevalencia de este problema de salud. En el grupo de 7 a 14 años de edad, 8 de cada 10 niños presentan dientes afectados y en los mayores de 35 años, 9 de cada 10. El análisis realizado en diciembre de 1995 por la Dirección mencionada mostró que esta situación no había variado.

En 1993 se estableció el Programa de Fluoruración de la Sal, que fue ampliado en 1994 y 1995 con resoluciones que fijaron normas, técnicas y procedimientos para la ejecución del programa y para el reenvasado y comercialización de la sal comestible. Representantes del sector empresarial, oficial, gremial y de institutos de investigación integran la Comisión Nacional de Flúor. A partir de 1994 las cinco salineras más importantes del país iniciaron la fluoruración de la sal de consumo humano, lo que aseguró 85% de cobertura nacional.

Desastres naturales y accidentes industriales. Los terremotos constituyen la mayor amenaza natural de Venezuela, ya que aproximadamente tres cuartas partes del territorio nacional está en zonas sísmicas. El 9 de julio de 1997 un sismo de mediana intensidad sacudió la zona oriental del país y, con menor intensidad, la central. Su mayor incidencia se hizo sentir en las zonas de Cariaco, Casanay y Cumaná, en el Estado Sucre, con un total de 67 muertos y 511 lesionados y daños de infraestructura por un valor de US\$ 25 millones. Las autoridades nacionales de los Ministerios de Sanidad y Asistencia Social y de Relaciones Interiores, a través de Defensa Civil, ejecutaron el Programa de Suministro de Medicamentos y Equipos en Situación de Desastre (SUMA). Las tormentas también han ocasionado daños considerables, pero con muy escasos índices de mortalidad humana. Los accidentes industriales tienden a aumentar, básicamente por el desa-

rollo industrial petrolero y petroquímico. En el período 1981–1995, se registraron más de 15 accidentes importantes. Con el propósito de reducirlos, se han elaborado instrumentos legales y tecnológicos.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El fundamento institucional, los objetivos y los lineamientos de las políticas de salud de Venezuela están contenidos en el Noveno Plan de la Nación, proyecto de desarrollo nacional económico y social del que se derivan las prioridades para el trabajo quinquenal del Poder Ejecutivo.

Los principales elementos de la política de salud son:

- Ratificar el derecho a la salud y a la equidad, combatir las desigualdades e inequidades sociales en relación con la salud, la enfermedad, la muerte y el acceso a bienes y servicios.
- Mejorar la eficiencia y la eficacia del sistema de servicios de salud y dar capacidad resolutoria a los servicios ambulatorios.
- Privilegiar las acciones de promoción de la salud y de prevención de riesgos y daños fortaleciendo la atención primaria y la red ambulatoria.
- Reafirmar el papel del Estado en la producción de los servicios de salud y democratizar la estructura sanitaria con amplia participación social.
- Asegurar la función rectora del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en la definición de políticas, en la conducción, coordinación y regulación del sector salud y, finalmente, en el establecimiento de las normativas pertinentes.

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social comparte la coordinación operativa y la ejecución de programas de atención médica, asistencia social y saneamiento ambiental con 23 entidades federales, alcaldías, municipios y la sociedad civil, para poner en práctica, en conjunto, modelos conceptuales de gestión y financiamiento en función de las necesidades individuales y colectivas en el campo de la salud.

La reforma del sector salud

El período 1993–1996 se caracteriza por un proceso de reforma del Estado que avanzó en la descentralización de los diferentes sectores nacionales, en particular del sector salud. Los ejes conductores de la reforma son el compromiso del conjunto de la sociedad, el fomento de la educación para la

salud y la organización social para la participación activa en el movimiento de cambio. Se pretende que la reforma genere nuevos modelos de gestión capaces de asegurar el acceso a los servicios de salud. Sus principales estrategias son la reestructuración y descentralización de las acciones. En el primer caso, interesa rescatar uno de los atributos fundamentales del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, es decir su papel rector en la conducción y dirección del sector salud. En el segundo, el proceso de descentralización comprende tres elementos fundamentales: la salud ambiental, la cobertura en los subsistemas de atención y el proceso organizado de municipalización. La intención es que las acciones rectoras del Estado lleguen a la sociedad a través de un sistema organizado en alcaldías y municipios, concebidos como vínculos entre el Estado y la comunidad.

La descentralización es un proceso sociopolítico que procura vincular las acciones del Estado propiamente dicho con la población, compartiendo las responsabilidades necesarias para la gestión con asociaciones civiles con arreglo a nuevas formas jurídicas. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se convierte en un organismo generador de políticas, normas y técnicas, y deja de cumplir funciones operativas, las que son ahora referidas al nivel estatal, municipal o a la sociedad misma. Algunas de las dificultades de la descentralización tienen que ver con la inestabilidad en la conducción ministerial, los conflictos operativos (macro y microcorporativos), la resistencia al cambio, las restricciones financieras, la falta de personal capacitado y el largo tiempo que requiere su puesta en práctica.

La reestructuración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se realiza sobre tres niveles: de conducción, estratégico y táctico. Sus funciones son las de rectoría, aseguramiento, acción subsidiaria, cooperación, conducción, financiamiento y regulación. Se busca así simplificar funciones, niveles de dirección, de alta gerencia y de cooperación para la salud.

Para llevar a cabo la reestructuración es necesario reorganizar la red ambulatoria, fortalecer la participación de la comunidad organizada, capacitar al personal sanitario, afianzar los programas de salud y desarrollar modelos de financiamiento con suficiente presupuesto público. Se espera que 10% del presupuesto nacional se destine a salud, lo que, unido al aporte de otros actores, permitirá crear un fondo solidario en beneficio de los segmentos poblacionales que no tengan capacidad de pago ni intermediarios financieros.

Se creó una Comisión de Reestructuración, presidida por el Ministro de Salud e integrada por un director general y por directores generales sectoriales, encargada de la conducción y monitoreo del proceso de reorganización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Las fuentes de financiamiento del sector provienen de:

- El Gobierno central, por medio de transferencias presupuestarias de los organismos del sector y del situado

constitucional a los gobiernos de los estados, las empresas de seguros y los grupos privados.

- Los recursos nacionales provenientes del Fondo Nacional de Salud. Estos recursos no constituirán un aporte fijo sino que se distribuirán a los estados de acuerdo con criterios de población, situación socioepidemiológica y geográfica y niveles de pobreza y ruralidad.

- El gobierno de los estados, mediante convenios y contratos con los gobiernos municipales y los centros de servicios y con modalidades financieras como el Fondo de Investigación para el Desarrollo Social (FIDES) y el Fondo Nacional o Fondos Estatales de Salud, que consolidan recursos de distintas fuentes y los redistribuyen sobre la base de los criterios establecidos.

El Plan de Atención Integral a la Salud (PAIS), destinado a la atención de los ciudadanos, se financiará con fondos públicos (nacionales, estatales) aportados al sistema. Otros servicios no incluidos en el PAIS tendrán un sistema de tarifas y se pagarán por medio de los seguros privados o colectivos, por desembolso directo de los usuarios o con fondos públicos en los casos en que se decida eximir del pago a los beneficiarios.

Los centros prestadores de servicios hospitalarios serán establecimientos autónomos que recibirán fondos públicos de acuerdo con la cantidad y calidad de las prestaciones efectuadas y responderán a las organizaciones particulares de cada Estado.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El sector salud está integrado por los sectores público, privado y mixto (seguridad social). Sus instituciones más importantes son el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el Instituto Venezolano de Seguros Sociales, el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas, la Gobernación del Distrito Federal y el Consejo Municipal de Sucre, Estado Miranda. El sector privado ha crecido sin planificación ni control, y muchos de sus servicios resultan ineficientes y de alto costo, lo que aumenta la inequidad en la atención de salud.

La red de establecimientos de salud contempla diferentes niveles de atención y se encuentra distribuida a lo largo de todo el país, pero el modelo de atención y la política financiera y de recursos humanos no garantizan la accesibilidad, eficacia y calidad de los servicios médicos. En términos generales, los centros ambulatorios están desprovistos de insumos y equipos adecuados y no cuentan con la cantidad suficiente de profesionales de la salud. Aun en los hospitales y centros ambulatorios dotados de equipos apropiados, esta dotación

no se vio acompañada por un cambio organizacional. La actual situación laboral compromete el rendimiento de los profesionales, entre otros factores por las condiciones de contratación colectiva, la baja remuneración y el funcionamiento inadecuado del sistema de incentivos. Esto condujo a una huelga médica en diciembre de 1996, que paralizó los servicios de emergencia de todos los hospitales públicos del país.

En marzo de 1997 se elaboró el Proyecto de Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral, que abarca desde la asistencia médica y la utilización del tiempo libre, hasta las pensiones de la población pasiva. El proyecto refleja principios rectores como el de la unidad de gestión, la solidaridad como deber social, la eficiencia y eficacia del servicio, la participación de los actores sociales, públicos y privados, la universalidad de amparo a los habitantes de la República y el financiamiento que garantice la dotación de los servicios.

Al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social le competen las tareas de investigación y vigilancia sanitaria así como de promoción, prestación y operación de servicios de salud. Desde 1996 ejerce estas competencias en forma desconcentrada en 10 estados. En las restantes 13 entidades federales la prestación y operación de los servicios ha sido transferida a las gobernaciones de Estado.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

Medicamentos. Uno de los problemas que afronta el país en materia de salud es el acceso de la población a los medicamentos. Algunos expertos sostienen que esta crisis se ha acentuado debido a la falta de elaboración y aplicación de una política farmacológica respaldada por un instrumento legislativo que asegure su ejecución. El Congreso estudia actualmente un anteproyecto de Ley de Medicamentos que legisla lo concerniente a la producción, registro, control, suministro y precio de los medicamentos.

Los aspectos regulatorios relacionados con los medicamentos se apoyan en instrumentos legislativos tales como la Ley del Ejercicio de la Farmacia y su Reglamento (1937–1993), la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (1987), el Reglamento del Decreto de Creación del Instituto Nacional de Higiene (1993), las Normas de la Junta Revisora de Productos Farmacéuticos y las Normas de Buenas Prácticas de Manufactura para la Industria Farmacéutica.

En la actualidad, el país cuenta con un moderno sistema de registro, mecanismos de inspección de establecimientos farmacéuticos, laboratorios oficiales de control de calidad, un Centro Nacional de Farmacovigilancia, una Comisión Revisora de Medicamentos y grupos asesores que aseguran la comercialización de medicamentos eficaces, seguros y de calidad. Los aspectos operativos del sistema se cumplen en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en el Instituto Na-

cional de Higiene y en los estados, sobre la base de las normas contenidas en los instrumentos legislativos mencionados.

Insumos médicos. En cuanto a los denominados productos paramédicos (estuches de diagnóstico, equipos y conjunto de materiales utilizados para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, excluidos los medicamentos), el sistema de contraloría sanitaria cuenta con una oficina encargada del registro y control de importaciones y de los establecimientos que distribuyen estos productos. El control de calidad de estos productos se realiza en varias instituciones: universidades, institutos de salud y laboratorios privados acreditados para ese fin. Desde enero de 1977 todos los productos que entran al país deben estar previamente registrados.

Calidad del ambiente: agua, aire, suelo, vivienda y seguridad química, incluidos los residuos peligrosos. El Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales Renovables, juntamente con el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, ejecutan programas relacionados con la calidad del ambiente. Existen 125 plantas de tratamiento de agua para consumo humano que garantizan el nivel de potabilización del agua en las zonas urbanas; en las zonas rurales aún existe insuficiencia de cobertura de redes de acueductos y en algunos casos no se cuenta con plantas para el tratamiento del agua que se abastece. Un análisis sectorial de agua potable y saneamiento realizado en 1997 informa que 80% de las comunidades urbanas disponen de servicio de agua potable por conexión directa y el 20% restante, ubicado en zonas marginales, recibe agua potable por medio de camiones cisterna o pilas públicas.

Existen programas específicos de monitoreo y evaluación del aire en las zonas metropolitanas e industriales, con 14 estaciones de muestreo a nivel nacional. El país participa en el Programa de Información Global del Ambiente.

El Gobierno Nacional ha elaborado programas para reducir el contenido de plomo de las gasolinas que utiliza el sector automotor. Asimismo, se han desarrollado programas de uso del gas natural, principalmente en el sector público.

Se ha estudiado la contaminación del suelo por uso inadecuado de plaguicidas, así como por presencia de residuos sólidos y líquidos y existen normas y reglamentos para corregirla o evitarla así como una Ley Penal del Ambiente (1992).

El país tiene un déficit habitacional significativo y en las principales ciudades se observan asentamientos anárquicos y precarios ya que la población sin recursos ocupa zonas de alto riesgo y con una inadecuada dotación de servicios. El Gobierno Nacional fomenta políticas de desarrollo de viviendas (Ley de Política Habitacional), y ha formalizado proyectos de dotación de parcelas con servicios, para atenuar esta problemática.

Evaluación de la tecnología sanitaria. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social reglamenta la dotación tecnológica de los servicios de acuerdo con normativas que toman en cuenta la complejidad de los establecimientos y la cobertura geográfico-poblacional. En el sector privado se observa un desarrollo de tecnología de punta en los polos geográficos poblacionales y sociales más desarrollados. Los problemas de mantenimiento de los equipos se agudizan debido a la desorganización de los servicios, la deficiente supervisión y control, la insuficiente información técnica y la falta de capacitación de personal.

Existe una infraestructura científico-técnica en los centros de investigación del país para el desarrollo tecnológico. Son ejemplo de ello los adelantos en materia de bioingeniería que realizó la Universidad Simón Bolívar, la calidad de la manufactura de medicamentos y biológicos, los planes de vinculación de los desarrollos científico-tecnológicos con participación comunitaria que fomenta el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, las experiencias de fundaciones regionales como ASCARDIO, que en diez años ha creado un servicio técnico de apoyo a la producción de equipos para cubrir necesidades en el Estado Lara. Se reconoce la necesidad de identificar vertientes de trabajo en el campo tecnológico, incorporando actores de la sociedad civil.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social impulsa la aplicación de un nuevo modelo que permita aumentar la autonomía y capacidad de gestión de los municipios, con el objeto de satisfacer la demanda de las necesidades más urgentes de la población. En tal sentido, se adoptó como una de las líneas de trabajo para la promoción de la salud el desarrollo de la estrategia de municipios saludables. La experiencia, iniciada en enero de 1994, constituyó una propuesta para fomentar la salud, promover el desarrollo sostenible, mejorar la situación ambiental e incrementar la solidaridad y la equidad en salud. El proceso promueve la municipalización o parroquialización de la salud y estimula la participación ciudadana y la intersectorialidad bajo el liderazgo de la alcaldía. Hasta junio de 1997 se pusieron en marcha 15 experiencias en 14 entidades federales; en 13 de ellas se presentaron proyectos comunitarios: 35% para saneamiento básico, 32% para problemas sociales, 10% para desarrollo de programas, 8% para organización comunitaria, 6% para problemas de morbimortalidad, 4% para capacitación y 3% para sistemas de información.

Los programas específicos orientados a la salud de la familia son:

- Programa de subsidio familiar: otorga una asignación de US\$ 10 al mes por alumno en forma bimensual a familias de bajos recursos con un máximo de tres niños. Su objetivo es proteger el ingreso de los grupos familiares más vulnerables desde el punto de vista socioeconómico. La cobertura para 1996 fue de 3.050.000 niños.

- Programa de merienda en comedores escolares: tiene por objeto proteger el estado nutricional de los niños de 2 a 14 años institucionalizados y no institucionalizados, suministrándoles de 15% a 20% de los requerimientos proteínoenergéticos. La cobertura para 1996 fue de 1.206.194 niños.

- Programa alimentario escolar: busca mejorar las condiciones nutricionales de los niños institucionalizados en edad escolar que cursan niveles de educación preescolar y básica (primero a sexto grados) y de educación especial en planteles oficiales y privados, garantizándoles el suministro de una comida diaria balanceada, con un aporte no menor de 30% del total de los requerimientos nutricionales del escolar. La cobertura para 1996 fue de 729.291 niños.

- Programa alimentario maternoinfantil: tiene por objeto contribuir a disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad de las mujeres embarazadas, los lactantes y los niños de seis meses a seis años, otorgándoles un complemento nutricional. La cobertura para 1996 fue de 500.000 hogares.

- Programa de hogares multihogares: brinda atención integral a niños menores de 6 años en situación de pobreza y no incorporados a la escuela. La cobertura para 1996 fue de 350.000 niños.

Programas para la población mayor de 60 años y políticas de atención. Desde 1978, el Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología rige por ley las políticas de atención a personas de 60 años y más. El Instituto cuenta con 29 unidades geriátricas en todo el país, 2 de ellas de tipo psiquiátrico, y ofrece cobertura a 3.500 ancianos. Brinda atención residencial con servicios médicos, sociales, de rehabilitación y de nutrición. Ofrece asimismo consultas ambulatorias de atención preventiva, curativa y odontológica, tanto en las zonas metropolitanas (11) como en seis estados del interior del país. Existen cuatro guarderías de atención diaria con capacidad para 50 ancianos que ofrecen todos los servicios, sin desvincular al anciano de su círculo familiar. En la zona metropolitana de Caracas, el Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología censó 62 unidades geriátricas privadas que albergan a 2.500 ancianos.

Programas de prevención y control de enfermedades. Los programas de erradicación de la malaria; control de Chagas, lucha contra la anquilostomiasis y otras parasitosis intes-

tinuales; control de esquistosomiasis; control del *Aedes aegypti* y control de otras enfermedades metaxénicas se encuentran bajo la responsabilidad de la Dirección General Sectorial de Malariología y Saneamiento Ambiental.

El Instituto de Biomedicina es el organismo del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social responsable de los programas de control de lepra, leishmaniasis, oncocercosis y otras dermatosis. En el Estado Amazonas, el responsable de estos programas es el Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales “Simón Bolívar” (CAICET).

El Proyecto de Control de Enfermedades Endémicas del Gobierno de Venezuela y del Banco Mundial tiene por objeto reducir la incidencia de las enfermedades transmisibles mediante el reforzamiento de la capacidad institucional de las unidades ejecutoras.

La Dirección Técnica de Programas coordina lo relacionado con la prevención y control de la tuberculosis, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, los trastornos mentales, el sida y otras enfermedades de transmisión sexual.

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. Los casos sospechosos de enfermedades sujetas a vigilancia se notifican semanalmente al Servicio de Epidemiología Regional o Estatal por vía telefónica o por telegrama epidemiológico; en caso de epidemia la notificación es diaria. Los estados envían semanalmente la información epidemiológica al Departamento de Epidemiología del nivel central, donde se procesa y analiza la información y se publica un boletín semanal —*ALERTA*—, que se distribuye en todo el país. La información epidemiológica de casos sospechosos también se incluye en el sistema de notificación mensual. En noviembre de 1996 se implantó el Sistema de Información Epidemiológica Nacional (SIEN), con tecnología desarrollada en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, que permite la transmisión electrónica de datos del nivel estatal al nacional.

El laboratorio de virología del Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” funciona como centro de referencia nacional. En él se realiza el diagnóstico virológico y serológico de enfermedades infecciosas y se producen biológicos (vacunas y sueros).

Cada laboratorio de la red está equipado con un lector de ELISA y un lavador. Se encuentran en funcionamiento cinco laboratorios en los estados Aragua, Barinas, Falcón, Lara y Zulia. El laboratorio de Aragua brinda atención a los estados Guárico, Apure, Carabobo y Cojedes.

Servicios de agua potable y alcantarillado. Las cifras oficiales indican una cobertura de abastecimiento de agua potable por conexión directa de 80% en las zonas urbanas y de 65% en las rurales. En saneamiento (cloacas) se informa una cobertura de servicio de 69% en zonas urbanas y el res-

tante 31% realiza su disposición en tanques sépticos o letrinas. El porcentaje de aguas tratadas no sobrepasa 5% de las aguas distribuidas.

Servicio de manejo de residuos sólidos municipales, incluidos los hospitalarios. El Servicio de Recolección y Disposición de Residuos Municipales ha sido descentralizado. Las alcaldías son las responsables de este servicio y muchas de ellas han permitido la participación privada. En las principales zonas metropolitanas se presta un adecuado servicio de recolección y transporte. Se advierten fallas en los sitios de disposición final, que por lo general constituyen vertederos controlados y no rellenos sanitarios. El Estado, por medio del Fondo de Inversión Social de Venezuela y del Fondo para la Descentralización y la Fundación para el Desarrollo Municipal, está realizando un esfuerzo financiero para la adecuación de los sitios de disposición final de los residuos municipales.

El Decreto N° 2.218 (Normas para la Clasificación y Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud) constituye el ordenamiento legal de los residuos hospitalarios. Esta normativa se está instrumentando en el país y su aplicación se considera de suma importancia, ya que no todas las instalaciones sanitarias poseen incineradores que les permitan disponer en forma adecuada de los residuos.

Prevención y control de la contaminación atmosférica. Existen programas de prevención de la contaminación respaldados por normativas y reglamentos específicos. El Decreto N° 2.215 establece normas para el control del uso de sustancias que destruyen la capa de ozono. Existen proyectos para el control de la contaminación industrial, por ejemplo el Proyecto Corporativo de la Corporación Venezolana de Guayana, que posibilitó la instalación de la red de estaciones de monitoreo de calidad del aire para Ciudad Guayana, y otros proyectos de la industria petrolera y petroquímica. También se está ejecutando el Proyecto de Eliminación del Plomo en las Gasolinas, con un cronograma de adaptación industrial. Los niveles de plomo en la atmósfera en las zonas metropolitanas bajo vigilancia se encuentran por debajo de los exigidos internacionalmente, excepto en la zona del Silencio de Caracas, donde en 1993, 1994 y 1995 superaron los límites establecidos.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Formación de la red asistencial. En 1995, la red de establecimientos del sistema público sumaba 583 hospitales y 4.027 centros ambulatorios (662 en la zona urbana y 3.365 en la zona rural). El sector privado contaba con 344 hospitales. El promedio de camas fue de 2,4 por 1.000 habitantes. Los hospitales del sector público son de tipo I, II, III y IV, según crite-

rios de complejidad creciente. Los de tipo III y IV cumplen además funciones de docencia en pregrado y posgrado.

Los servicios privados de salud se concentran y desarrollan en los grandes centros poblados y atienden a los estratos sociales más favorecidos de la población. Se observa un mayor número de atención de emergencias, tanto en los hospitales como en los ambulatorios. Predominan las intervenciones quirúrgicas de emergencia sobre las electivas y hay una baja utilización de consultas preventivas. Uno de los factores que explican este comportamiento es que las intervenciones electivas y las consultas preventivas han sido afectadas por los movimientos de las diferentes agrupaciones gremiales y sindicales.

En los últimos años se ha deteriorado la infraestructura física de la red. Esto se advierte no solo en las deficientes condiciones materiales de los establecimientos sino en la falta de suministro de servicios básicos, como agua y electricidad, lo que se asocia con la baja tasa de inversión en construcción pública médico-asistencial y con la falta de una política de mantenimiento.

Bancos de sangre. Se realizan pruebas para la detección de sida, hepatitis B y C, *Tripanozoma cruzi* y sífilis. Los reactivos serológicos para el tamizaje de estas enfermedades se evalúan en el Instituto Nacional de Higiene antes de ser distribuidos a los bancos de sangre.

En 1994 se brindó una cobertura total para estas enfermedades a 202.247 donantes, excepto para hepatitis C (31,6%). Los resultados revelaron una prevalencia de 6,8% de hepatitis B, 1,3% de *Trypanosoma cruzi*, 1,1% de sífilis, 0,9% de hepatitis C y 2% de sida. En 1995 la prevalencia más alta en el resultado del tamizaje a 202.515 donantes fue de hepatitis B, con 5,9%, sífilis 1,1%, hepatitis C 0,8% (la cobertura del tamizaje ascendió a 57%), *Tripanosoma cruzi* 0,8% y sida 0,4%.

Servicios especializados de rehabilitación. La coordinación del Programa Nacional de Rehabilitación estima una cobertura de atención de 1% a 2% de los discapacitados. Las prestaciones de bienestar social están limitadas a la población cubierta por el seguro social, el resto depende de ayuda disponible de organizaciones no gubernamentales y de otros entes oficiales. Para aumentar la cobertura de atención se han iniciado actividades de rehabilitación de base comunitaria específicamente en centros ambulatorios.

Insumos para la salud

Medicamentos. Entre 1996 y el primer semestre de 1997, 50% de los medicamentos que se comercializaban en el país eran de producción nacional, 45% menos que en 1990. Esto se atribuye al proceso de globalización de la industria farmacéu-

tica y a la crisis económica y financiera que vive el país. La producción nacional es amplia en cuanto a productos y preparados farmacéuticos y se fabrican en el país la gran mayoría de los medicamentos esenciales.

El proceso de importación de fármacos se limita a los productos que han sido registrados en el país; constituyen una excepción un grupo de medicamentos denominados "de servicio" (utilizados para el tratamiento de afecciones poco frecuentes, por lo que no requieren registro sanitario). Los estupeficientes y psicotrópicos están sujetos a un control estricto, ya que se debe participar su importación lote a lote.

La Junta Revisora de productos farmacéuticos establece lineamientos que regulan su producción y mercadeo. La promoción debe guardar la observancia de criterios éticos y sanitarios para contribuir al uso racional de los fármacos, debe ser compatible con la política sanitaria nacional y estar en conformidad con los reglamentos nacionales. Existen criterios de mercadeo diferentes según se trate de un producto con prescripción facultativa o de libre venta en los establecimientos farmacéuticos.

La comercialización se lleva a cabo a través de la cadena laboratorio-droguerías-farmacias. En estas últimas se encuentran los encargados de la dispensación al paciente o usuario. Para cierto tipo de productos, por ejemplo anticancerígenos u hormonas, existen otras modalidades de comercialización según las cuales el paciente recibe el medicamento a través de una fundación o institución sin fines de lucro, por ejemplo el Banco de Drogas Antineoplásicas o la Unidad de Apoyo para Fármacos Endocrinos. Este procedimiento ha mejorado la disponibilidad de medicamentos para todos los estratos de la población. El mercado de medicamentos venezolano representa US\$ 518.628.000, de los cuales \$487.043.550 (93,91%) corresponden al sector privado y \$31.584.450 (6,09%) al sector público.

Desde 1986, los laboratorios fabricantes están sometidos a inspecciones de buenas prácticas de manufactura. Los 62 laboratorios fabricantes reciben evaluaciones al menos una vez cada dos años. El control de calidad se lleva en los niveles oficial y privado. En el primer caso, la vigilancia la realiza el Instituto Nacional de Higiene por medio de controles periódicos programados, controles por denuncia, y verificación de los primeros lotes de producción; en el segundo, el control lo realiza cada uno de los laboratorios fabricantes, ya que tienen la obligación de disponer de departamentos de control de calidad en sus instalaciones de producción.

Productos inmunobiológicos. El basamento legal de este tipo de productos es el mismo que regula para el registro y control de medicamentos. La producción nacional se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Higiene, ente que produce parte de las vacunas utilizadas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Los inmunobiológicos que allí se producen son la vacuna DPT (difteria/tos ferina/tétanos), el toxoide tetánico y la vacuna antirrábica humana y canina. Existe una planta de producción y un proyecto en ejecución para producir hemoderivados en escala industrial. El Instituto de Biotecnología de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central de Venezuela produce suero inmune antiofídico polivalente y suero antiescorpiónico en cantidades suficientes para cubrir la demanda nacional.

Salvo excepciones, el laboratorio importador maneja la importación y el mercadeo siguiendo las mismas pautas éticas y técnicas que rigen para los medicamentos. La distribución se realiza en forma directa a los entes privados interesados o al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, que utiliza estos productos para sus programas de inmunización. Para cierto tipo de productos (por ejemplo hemoderivados) el laboratorio importador distribuye directamente al público. El control de calidad se realiza en el Instituto Nacional de Higiene por medio de la Gerencia de Control Nacional de Productos Biológicos.

Funcionarios del nivel central del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social o de Control Nacional de Productos Biológicos llevan a cabo la inspección para buenas prácticas de manufactura. Con estos productos Venezuela participa en la Red Regional de Laboratorios de Control de Calidad de Productos Biológicos auspiciado por el Programa Especial de Inmunizaciones de la OPS y del Sistema Regional de Vacunas (SIREVA).

Reactivos. Hasta julio de 1997, los reactivos carecían de control sanitario. En la actualidad se prepara una propuesta para reglamentar su importación, comercialización y uso. La producción nacional es casi nula, a excepción de una mínima cantidad que se produce en el Centro de Física del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas. Estas sustancias están controladas por el Ministerio de Energía y Minas.

Recursos humanos

En la Dirección General Sectorial de Contraloría Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se encuentran registrados 14.676 enfermeros profesionales; 53.818 médicos; 8.571 farmacéuticos y 13.000 odontólogos. Los enfermeros auxiliares que trabajan en los servicios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social son 31.629.

En el campo de las ciencias de la salud las ofertas de las instituciones de educación superior son 12 escuelas de medicina, 7 escuelas de odontología, 3 facultades de farmacia y 7 escuelas de enfermería (licenciatura). Todas ellas son instituciones públicas, excepto dos facultades de odontología (Universidad Santa María y Universidad Nor Oriental Gran Mariscal de Ayacucho) y una de farmacia (Universidad Santa María), que son privadas.

La reforma del sector salud modificó la concepción de la capacitación, concibiéndola dentro del proceso de trabajo y a partir de propuestas de transformación de la situación sanitaria. La capacitación se realiza en equipos de trabajo y no en forma individual, y se sustenta en un proceso reflexivo, problematizador, democrático y participativo.

El financiamiento destinado a la capacitación se origina en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social con aproximadamente US\$ 4,5 millones que provienen de recursos regulares del propio Ministerio y fondos provenientes del Proyecto de Desarrollo Social (financiado por el Banco Mundial) y del Proyecto Salud (ejecutado conjuntamente entre el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo).

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social sigue siendo el principal ente empleador de las diferentes categorías de profesionales de la salud. En 1997 se inició la implantación del Plan de Reestructuración y Reconversión Laboral de este Ministerio. En el país los organismos legalmente instituidos para licenciar, controlar y regular el ejercicio profesional de las especialidades médicas son los colegios de médicos y la Federación Médica Venezolana. Los colegios de médicos son corporaciones profesionales de carácter público con personería jurídica y patrimonio propio, con todos los derechos y atribuciones que señalan las leyes.

La Ley de Ejercicio de la Medicina indica que en el Distrito Federal y en cada uno de los estados de la República debe funcionar un Colegio de Médicos, con sede en la capital respectiva. La Federación Médica Venezolana está integrada por los colegios de médicos de la República; tiene carácter profesional, gremial y reivindicativo. Al igual que el Colegio de Médicos posee personería jurídica y patrimonio propio y su sede se encuentra en la capital de la República.

Gasto y financiamiento sectorial

Los recursos financieros públicos del sector salud, incluidos los aportes a la seguridad social, pasaron de US\$ 1.253.055.403,18 en 1993 a \$1.206.713.320,46 en 1996.

El gasto en salud respecto del gasto total representaba 10,4% en 1993, 9,6% en 1994 y 9,4% en 1995 y 1996. Durante el mismo período, el gasto en salud disminuyó su participación respecto del producto interno bruto, al pasar de 2,09% en 1993 a 1,92% en 1996. El gasto per cápita en salud fue de US\$ 59,9 por habitante en 1993, \$58,6 en 1994, \$69,42 en 1995 y \$54,1 en 1996. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Instituto Venezolano de Seguros Sociales ejecutan el gasto público en salud en un 76%, porcentaje que se eleva a 93% al incluir las gobernaciones.

La distribución del presupuesto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a los estados desconcentrados y a los descentralizados revela diferencias. Los estados con mayor índice

de pobreza extrema son Apure, Delta Amacuro, Portuguesa, Amazonas, Barinas, Guárico y Zulia. Los estados con mayor dispersión de la población como expresión de ruralidad son Amazonas, Delta Amacuro, Barinas, Portuguesa, Guárico y Cojedes. Los estados con ambas características (ruralidad y pobreza extrema) son Amazonas, Delta Amacuro, Portuguesa, Barinas y Guárico. Sin embargo, la asignación presupuestaria no privilegia estos estados.

No se dispone de información oficial sistematizada sobre el financiamiento y el gasto del sector privado en salud; por lo tanto, el gasto privado en salud debe inferirse a partir del gasto de consumo final de los hogares en bienes y servicios. El gasto correspondiente a salud y educación fue de US\$ 1.308.721.887 en 1993 y de \$1.350.026.991 en 1994. Este gasto representaba 9,4% y 10,1% del consumo final en servicios en 1993 y 1994, respectivamente. Se observa una variación del índice de precios al consumidor de 66% entre 1993 y 1994 y de 55,1% entre 1994 y 1995.

Los recursos financieros destinados al sector científico y tecnológico durante el trienio 1993–1995 pasaron de US\$ 313.090.071,31 en 1993 a \$362.107.428,57 en 1995. Estas cantidades representan 0,52% del PIB de 1993 y 0,47% del de 1995. La asignación presupuestaria a instituciones que realizan actividades de investigación, desarrollo experimental y servicios científicos y tecnológicos adscritos a organismos públicos o que reciben aportes del Estado pasó de 11,9% en 1993 a 54% en 1995.

El financiamiento otorgado por el gobierno central a través del CONICIT para el fomento de la investigación y la innovación tecnológica, según región administrativa, pasó de US\$ 1.617.195,5 en 1992 a \$627.428,6 en 1995. En 1995, la región central ocupaba 40% del financiamiento otorgado, seguida de la zuliana con 21%, la capital con 19%, la región nororiental con 12% y los Andes con 9%.

Cooperación técnica y financiera externa

La crisis económica, política y social, agudizada a comienzos de los años ochenta, creó la necesidad de solicitar cooperación financiera para apoyar el proceso de reforma de los diferentes sectores nacionales. Esta fue canalizada básicamente por el Banco Interamericano de Desarrollo (aproximadamente 90% del total).

Los recursos de la Asistencia Oficial para el Desarrollo, entendida como los desembolsos netos de subsidios y préstamos otorgados al país por el Comité de Asistencia para el Desarrollo, con el objetivo fundamental de promover el desarrollo económico y el bienestar, pasaron de US\$ 81 millones en 1990 a \$49 millones en 1993 y a \$31 millones en 1994. La cooperación brindada por la Comunidad Económica Europea en 1991 y 1992 forma parte de este componente. La asis-

tencia oficial alcanzaría un monto de aproximadamente \$22,8 millones. El componente "salud y población" recibió \$668.366 en calidad de donación, cifra que representa 3% del total de la asistencia, distribuida en 15 proyectos.

Banco Interamericano de Desarrollo. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social ejecuta el Proyecto de Modernización y Fortalecimiento del Sector Salud por un monto total de US\$ 300 millones (de los cuales el BID aporta el 50%). El objetivo del proyecto es mejorar la cobertura, eficiencia y calidad de las redes de servicio de salud sobre la base de la racionalización del gasto en el sector, y desarrollar y fortalecer las instituciones encargadas de la coordinación de la prestación de los servicios de salud pública. También se recibió financiamiento de la Corporación Andina de Fomento (CAF) en dos subcomponentes: el Programa de Promoción y Prevención en Salud y el de Fortalecimiento y Modernización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

El Fondo de Inversión Social de Venezuela (FONVIS) y el Ministerio de la Familia ejecutan el Programa de Inversión Social Local, con un monto de US\$ 140 millones, de los cuales el BID aporta 60%. El objetivo del programa es canalizar recursos hacia la ejecución de obras de infraestructura social

para mejorar los servicios sociales de los grupos de menores ingresos.

Banco Mundial. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social ejecuta el Programa de Reforma del Sector Salud, que compromete un monto total de US\$ 108 millones, de los cuales el Banco Mundial financia el 50%. El proyecto apoya el diseño, la implantación y el desarrollo del proceso de reforma integral del sistema de salud y de las políticas que la rigen.

El Ministerio de la Familia ejecuta el Programa de Desarrollo Social, que forma parte de la estrategia para apoyar la toma de decisiones sobre la orientación de los gastos de los sectores sociales hacia programas focalizados y eficientes. El Banco Mundial aporta el 28% y el monto total del proyecto es de US\$ 355 millones.

FUNDACOMUN ejecuta el Programa de Mejoramiento Urbano en Barrios, por un monto total de US\$ 85 millones, de los cuales el Banco Mundial aporta 47%. El objetivo planteado es mejorar el nivel de vida de los habitantes de los barrios, capacitar a los municipios para que puedan planificar, administrar y ejecutar con eficiencia los proyectos de inversión y reforzar a FUNDACOMUN en su capacidad de asistencia técnica a los municipios.

La salud en las Américas, antes conocida como *Las condiciones de salud en las Américas*, es una autorizada publicación cuadrienal de carácter prácticamente enciclopédico y calidad indiscutida. Se presenta, como siempre, en dos volúmenes y ofrece la visión de la Organización Panamericana de la Salud sobre la situación de la salud en la Región de las Américas.

El primer volumen comprende cinco capítulos en los que, desde una perspectiva regional, se analizan las tendencias sanitarias, la salud de distintos grupos de población, las principales enfermedades y daños a la salud, la respuesta del sistema sanitario y el estado de la cooperación técnica y financiera externa en salud. El segundo volumen resume la información más reciente sobre los 45 países y territorios de las Américas, en el contexto de la situación socioeconómica y demográfica de cada uno de ellos, y traza un panorama de los problemas de salud que deberán afrontar en el futuro inmediato.

Esta última edición de *La salud en las Américas*, al igual que las anteriores, tiene por objeto mantener informados a los Gobiernos Miembros sobre la situación de la salud y sus tendencias en la Región. La Organización Panamericana de la Salud confía en que esta obra constituirá un valioso aporte para los profesionales y estudiantes de distintas disciplinas de la salud, los investigadores sociales y el público en general, que encontrarán en ella una provechosa fuente de consulta y referencia.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

<http://www.paho.org>

ISBN 92 75 31569 8